Nr. 32. 5. sierpnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Henryk HIGIER. Warszawa.

Poród jako uraz mózgu oraz dominująca rola porodu w patologji dziecięcej.

Wiadomo było oddawna lekarzom (Little, Virchov, Mac Nutt), że urazy czaszki w patologicznych porodach sprowadzają nieraz ciężkie a doraźne zaburzenia (asfiksję, drgawki, przemijające porażenia) u noworodków. O wiele mniej znane są późne, a raczej później ujawniające się, stałe następstwa, wśród których należy ściśle odróżnić grupę z niewątpliwym lub prawdopodobnym związkiem przyczynowym urazu porodowego od tej, gdzie ów związek należy dopiero ustalić lub a limine odrzucić.

Pisząc przed wielu laty (1894 r.) monografję: „O zaburzeniach ruchowych pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci“ [1]), omawiałem bliżej to zagadnienie i dzieliłem odnośne zaburzenia na trzy główne grupy (str. 5):

1) Porażenia powstałe *przed porodem — Paralyses intrauterinae, praenatales, congenitae* — i będące zazwyczaj w związku z niedorozwojem drogi piramidowej.

2) Porażenia powstałe *w okresie porodowym. — Paralyses intranatales* — najczęściej spowodowane przez krwotoki międzyoponowe i

3) Porażenia powstałe *po porodzie — Paralyses postnatales extrauterinae, acquisitae* — polegające przeważnie na sprawach zapalnych lub też zaburzeniach naczyniowych mózgu.

O bliżej interesującej nas grupie drugiej mówię, w innem miejscu: „Porażenia porodowe pochodzenia mózgowego mają miejsce wtedy, gdy poród był bardzo ciężki bądź przez dłuższe zatrzymanie się główki dziecka wysoko w miednicy, bądź też przez trudne urodzenie się następcze główki; wreszcie spotykamy nieraz porażenia te w przypadkach przyjścia na świat dziecka w stanie omdlenia czyli asfiksji. Również, jak we wrodzonej sztywności Little'a, występującej w porodach przedwczesnych, w tych porażeniach w przebiegu pierwszych dni i tygodni można nie zauważyć nic nieprawidłowego“.

Wreszcie w sprawie patofizjologji sztywności kończyn przytoczyłem powszechnie wówczas i prawie dotąd panujące mniemanie, „iż fakt prawie wyłącznego umiejscawiania się niedorozwoju w piramidach ruchowych daje się w porodach przedwczesnych wytłumaczyć tem, że osłonki myelinowe włókien pęczków piramidalnych rozwijają się bardzo późno dopiero pod koniec dziewiątego miesiąca życia wewnątrz-macicznego i że całkowite ukształtowanie się drogi ruchowej następuje jeszcze o wiele później“. Wyraźnie też podkreślałem wówczas, iż odnośnie rozpoznania pośmiertnego „nie możemy w pojedyńczym przypadku na zasadzie późniejszego badania anatomo-patologicznego orzec, czy dziecięce porażenie było skutkiem przebytej sprawy zapalnej w korze, czy też jakiejś sprawy naczyniowej. Również nie udaje się z wyników badania pośmiertnego wnioskować o obrazie klinicznym i czynniku przyczynowym, gdyż zupełnie identyczne znajdujemy nieraz zmiany w późniejszych okresach z jednej strony przy sztywności ogólnej, niedowładach, pląsawicy i atetozie, z drugiej strony w porażeniach wrodzonych, porodowych i nabytych *extra uterum*“ (str. 24).

W 15 lat później wracam przy innej sposobności pośrednio do tejże kwestji, ogłaszając drukiem odczyt programowy wraz z prof. Sachsem z New-Yorku na Zjeździe Międzynarodowym w Wiedniu w sprawie chorób wrodzonych: „Ueber Pathologie der angeborenen familiären und hereditären Krankheiten“ [2]).

Uważałem w tym odczycie za konieczne ścisłe zdefiniowanie „wrodzoności“. „*Wrodzone*“ — dowodziłem — stanowi pojęcie biologiczne ogólniejsze, obszerniejsze, obejmujące tylko to, co w chwili przyjścia na świat znajduje się w danym osobniku, podczas gdy pojęcie „*dziedziczne*“ jest więcej szczegółowe, ciaśniejsze i obejmuje tylko to, co się samemu osobnikowi dostało przez substancje zarodkowe“. Z tego stanowiska wychodząc, przymiot dziecięcy jest par excellence *wrodzony*, nigdy zaś dziedziczny, gdyż płód nie dziedziczy np. nigdy hypoplazji mózgu ani niedorozwoju, lecz zaraża się od matki świdrowcem, który się umiejscawia w korze mózgu, jak kiedyindziej siedlisko sobie obiera w wątrobie lub chrząstkach. Przeciwnie zaś porażenie noworodka, podczas aktu porodowego powstałe, nie jest w ścisłem znaczeniu tego wyrazu wrodzone, mimo iż się je tak mianuje, jest ono *sensu strictiori, paralysis* nabytem *intra partum acquisita*.

Jeżeli teraz po latach wielu wracam po raz trzeci do tego tematu to powoduję się jedynie tem, że badania bardzo sumienne autorów amerykańskich i ściśle naukowe dociekania ostatnich lat kilku szkoły frankfurckiej Schwartza i berlińskiej Langsteina zmuszają nas do poddania rewizji licznych pojęć i określeń dawnych, ryczałtowo bezkrytycznie przyjętych i przez podręczniki jednogłośnie aprobowanych i rozpowszechnianych.

Okazuje się na ogół, że w wysokim stopniu nie doceniamy w patologji czynnika etjologicznego urazu porodowego, często przeoczonego, nie doceniamy go zarówno w położnictwie jak w pediatrji, zarówno w neurologji jak w psychjatrji. Chodzi więc o sprawę w jednakowym stopniu interesującą przedstawicieli bardzo licznych specjalności lekarskich, gdyż ów czynnik traumatyczny odgrywa rolę dziesięciokrotnie większą, jak ogół lekarzy sądzi.

* * *

Przedewszystkie słówko o *1) częstości, 2) mechanizmie, 3) patogenezie i patologji* uszkodzeń porodowych ze stanowiska badaczów dawnej daty (Bumm, Sellheim, Abels, Beneke, Pankow) i nowszej (Schwartz, Zappert, Siegmund, Ylppö, Berberich, Voss, Dollinger).

Co nam mówi najnowsza *statystyka urazów czaszki* podczas porodu normalnego, który to poród ma stanowić zjawisko fizjologiczne?

Według Aschoffa bardzo poważny odsetek mózgów ulega uszkodzeniu podczas porodu; według Schwartza wyjątkowe dziecko (ledwie 4%) przychodzi na świat bez zaburzeń cyrkulacyjnych w zależności od mechanizmu porodowego. Do pięciu miesięcy stwierdza się prawie w $^2/_3$ mózgów zmarłych dzieci już makroskopowo ogniska chorobowe, prawdopodobnie znacznie więcej mikroskopowo. Jeśli się zgodzimy z ustalonym wielokrotnie faktem, że z jednej strony około $^1/_{10}$ wszystkich noworodków, które na początku aktu porodowego były zdolne do życia, podczas i w kilka dni po porodzie odumiera i nie przeżywa do końca pierwszego miesiąca i że z drugiej strony więcej niż połowa przedwcześnie urodzonych dzieci ginie w pierwszym roku życia (Ylppö), to musimy mówić o *formalnej klęsce społecznej*, która nie ustępuje niczem najbardziej rozpowszechnionym epidemjom i która pod wpływem ubytku istot ludzkich i pod względem śmiertelności dorównywa największemu wrogowi ludzkości gruźlicy.

Ów *problem socjalny* czyni koniecznem — jeśli to jest możliwe — zbudowanie i kształtowanie położnictwa indywidualnego według zasadniczo nowych reguł. Biblijna klątwa Stwórcy po grzechu pierworodnym naszych prarodziców: Rozmnożę nędze Twoje i poczęcie Twoje, z boleścią rodzić będziesz dziatki“ o wiele okrutniej brzmieć by musiała: „Odtąd nietylko w bólach rodzić będziesz, ale też w bólach niszczyć będziesz nowe życia ludzkie“.

Wszelkie inne przyczyny śmierci płodu, jak przez *skręcenie pępowiny, uduszenie się*, ciężkie anomalje przedłużonego, kleszczowego, pośladkowego poprzecznego porodu, *potworności, zakażenia pierwotne*, wszystkie one liczbowo minimalną odgrywają rolę w porównaniu ze zwykłym urazem porodowym, dzięki któremu ginie rocznie dziesiątki tysięcy niewinnych istot w pierwszym roku życia. Jako głównego winowajcę wymienić należy działanie t. zw. *zmniejszonego ciśnienia*, czyli tą wybitną różnicę między ciśnieniem atmosferycznem a ciśnieniem zawartości macicy, różnicę, jaka się ustala w okresie wytłaczania czyli wydalania płodu. I tutaj należy wzmiankować, że czynniki mechaniczne (ugniecenie główki przez skurczoną macicę, przez kleszcze i t. p.) nie mają prawie żadnego znaczenia wobec przeważającej roli fizjologicznie zmniejszonego ciśnienia.

U rodzącej rozróżnić należy w tym względzie trzy główne okresy: *a) W okresie przedbólowym* panuje w macicy stałe minimalne parcie, wynoszące ledwie 10 mm słupa wodnego. *b) W okresie bólowym* narasta stopniowo i równomiernie podczas fali bólowej ciśnienie wewnątrz macicy. *c) W okresie wytłaczania*, po pęknięciu błon płodowych, wytwarza się wskutek zamknięcia jakby

[1]) H. Higier: Gazeta Lekarska 1894.

[2]) H. Higier: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1911. 48 i Gazeta Lekarska 1910.

ścisłym wentylem otworu macicznego, ogromna różnica w ciśnieniu między przodującym odcinkiem płodu, wystawionym na stałe ciśnienie atmosferyczne, a pozostałą jego powierzchnią, znajdującą się jeszcze w obrębie jamy macicznej, a podległą wysokiemu parciu wód płodowych. Ta różnica w ciśnieniu odpowiadająca słupowi wody wagi 24 kg, prowadzi za sobą — jak w bańce, jak w pompie powietrznej, jak w aparacie ssącym Biera — przypływ krwi i limfy, czyli płynów ustroju łatwo ruchomych i łatwo przesuwalnych, w stronę zmniejszonego ciśnienia czyli ku zewnątrz-macicznie położonym odcinkom płodu. Że głównie ta właśnie różnica w ciśnieniu jest miarodajną, jako wybitna siła mechaniczna ssąco-tłocząca w okresie wydalania, dowodzą z jednej strony: częste usadowienie przedgłowia porodowego *(caput succedaneum)* na części przodującej noworodka, *cephalohaematoma galeae*, liczne wybroczyny do okostnej i do *diploe*, wylewy w fałdach opony twardej, w oponie miękkiej, do komór i w substancji mózgowej, z drugiej zaś strony *doświadczalne wywołanie* tychże zmian na czaszce płodów zwierzęcych po zastosowaniu B i e r'owskiej pompy ssącej.

Ponieważ tętnice dziecka, wstępujące pod dobrą ochroną z podstawy czaszki do substancji mózgowej, podczas porodu spokojnie wtłaczają w normalnem tempie swoją krew do żył, to zastój ma miejsce głównie w układzie żylnym mózgu.

Nie mogąc się zbytnio zagłębiać w mało popularną anatomję naczyń żylnych i zatok głowy, powiem tylko tyle że w okolicy małego ciemiączka, przodującego podczas porodu, mieszczą się 2 zatoki większe: *a)* zatoka podłużna *(Sinus longitudinalis)* ze swojemi głębszemi żyłami błon miękkich sierpa i kości skalistej oraz b) zatoka prosta *(Sinus rectus)* z naczyniami sierpu *(V. falcis)* i namiotu *(V. tentorii)*. *c)* Na drugiem dopiero miejscu wchodzi w rachubę rozległy system *Venae magnae Galeni* z jej licznemi bocznemi i korzonkowemi rozgałęzieniami *(V. occipitalis interna, cerebralis interna basalis, chorioidea, lateralis ventriculi, terminalis)*, z których to żył najczęściej ulegają uszkodzeniu dwie ostatnie, dające wylewy i zakrzepy symetryczne w obu półkulach.

Co się tyczy pozostałych żył tegoż układu to żyła naczyniasta *(V. chorioidea)* odprowadza krew żylną z komór bocznych, żyła boczno-komorowa *(V. lateralis ventriculi)* z potylicznej części mózgowia, zaś żyła końcowa *(V. terminalis)* z części czołowo-ciemieniowej oraz z węzłów podstawowych. O wiele rzadziej ulegają zastojowi podległe temuż układowi żylnemu żyły łatwo rozerwalne: rogu *Ammona, móżdżku i opuszki.*

Spotykać przeto będziemy *1) wylewy nad, pod i wewnątrzoponowe, 2) korowe,* otaczające całe sklepienie lub części sklepienia mózgu, *3) nad i podnamiotowe (tentoriales)*, oblewające częściowo móżdżek i opuszkę w postaci czepca galaretowo-krwiakowego a towarzyszące nadmiernemu uciskowi mechanicznemu podczas porodu, zbytniemu napięciu sierpa i przyczepom jego do namiotu lub będące skutkiem rozdarcia sąsiadujących z namiotem żył i zatok, *4) dokomorowe* przez pęknięcie żył splotu naczyniastego, wyścielającego komory, *5) wylewy wewnątrz-mózgowe* w okolicy przykomorowej i zwojów podstawowych, które przy serjowych przekrojach mózgu okazały się dość częstemi, *6) zmiany mózgowe* bez obecności zakrzepów i wylewów, zależne prawdopodobnie od przemijającej iszemji wskutek *zaburzeń naczyniowo-ruchowych, 7)* rozsiane i ogniskowe drobno-ziarniste *stłuszczenie komórek nerwowych mózgu, 8) wylewy krwawe do płynu mózgowo-rdzeniowego, 9)* wylewy około-rdzeniowe, wreszcie *10)* wylewy do *siatkówki i do aparatu przedsionkowego* ucha środkowego.

Jak wygląda mózg dziecięcy bezpośrednio po porodzie i jak się prezentuje w kilka dni po nim?

Stwierdza się w świeżo uszkodzonych miejscach: *zastój krwi, zakrzepy jedno i obustronne, pasemkowate i punkcikowate wybroczyny.* Te ostatnie są zawyczaj skupione i naśladują jednolity wylew, w innych miejscach przeważa zastój czyli z porażeniem krążenia połączone rozszerzenie naczyń. a) W ciągu pierwszych dwóch dni widzimy szaro-żółto zabarwione w postaci smug pasów i pręg ogniska przykomorowe, które b) następnie przyjmują stopniowo konsystencję solidną i zabarwienie białe, by c) wreszcie po tygodniach i miesiącach stwardnieć zupełnie i stać się kredowo-białemi. Znajduje się wtedy na miejscu poprzednich oznak nekrotycznych i rozmiękczeniowych, a późniejszych zjawisk granulacyjnych i proliferacyjnych z tłuszczowemi produktami odbudowy, blizny sklerotyczne, obfitujące w glej, rozsiane lub ogniskowo usadowione.

Dokładne badanie histologiczne odkrywa: zwaliska cylindrów osiowych, skupiska odłamków i rozbitków cylindrów osiowych, rozpadłe jądra glejowe i reakcyjno-proliferacyjne komórki tegoż pochodzenia. W nierzadkich wypadkach znajduje się jedynie objawy rozpadu i zwyrodnienia w komórkach nerwowych. Tych ostatnich nie należy, jak to się dotychczas robiło, uważać jako fizjologiczne, normalnemu mózgowi noworodka swoiste, rozwojowi otoczki myelinowej przynależne zjawiska, lecz jako par exellence patologiczne pozostałości po mikroskopowych wylewach, prawdopodobnie pochodzenia porodowo-urazowego, jak to przypuszczał już przed 50-ciu laty V i r c h o w i jak tego dowiodły ostatnio badania S c h w a r t z a, B e r b e r i c h a i B a e r a.

Częstsze uszkodzenie porodowe mózgu niedojrzałych czyli przedwcześnie urodzonych dzieci należy przypisywać bardziej delikatnej budowie zaopatrujących je naczyń. Nie zmniejsza bynajmniej ważnej roli urazu jako momentu etjologicznego ta okoliczność, że tu i ówdzie się stwierdza analogiczne zmiany w mózgu noworodków, wydobytych przez cięcie cesarskie z macicy lub nawet z wolnej jamy brzusznej.

Wobec powyższych, dopiero niedawno stwierdzonych danych natury patogenetycznej i anatomo-patologicznej warto poddać rewizji pod tym właśnie kątem widzenia ogromny rozdział tak zwanych „wrodzonych" chorób mózgowych wczesnego dzieciństwa. Pod wrodzonością rozumiemy wszak tylko tyle, że dziecko z daną wadą przychodzi na świat, ale określenie to nie mówi nic o etjologji, o charakterze endo- i egzogennym, nie przesądza też nic co do patogenezy.

Uważny przegląd poszczególnych postaci poucza nas łacno, że wiele ciemnych i niezrozumiałych dotąd jednostek nozologicznych posiada jako tło właśnie jasno określone zmiany organiczne po przebytym, acz przeoczonym lub zapomnianym urazie porodowym, nie zaś te mistyczne, mało umotywowane podłoża, pod jakiemi one dziesiątki lat bezładnie żeglowały w semiotyce, w rodzaju *vitium primae formationis*, niezdolności wrodzonej do życia, potworności, niedojrzałości częściowej tkanek, endogennego uszkodzenia zarodka, wady konstytucjonalnej, samorzutnej, esencjalnej i t. p.

Należy przypisać bezwątpienia S c h w a r t z o w i tą wielką zasługę, że nietylko podał inicjatywę do tej rewizji, ale że miał niezmordowaną energję nawiązania w tym kierunku przez szereg lat kontaktu ścisłego między Instytutem patologicznym, a wszystkiemi prawie klinikami uniwersyteckiemi Frankfurtu n/M. w celu ustalenia wpływu porodu normalnego na mózg i związane z nim życie somatyczne i wegetatywne, sferę wewnątrz-wydzielniczą i narządów zmysłu, zwłaszcza oka i ucha.

Przystępując do kolejnej rewizji t. zw. wrodzonych chorób mózgu, zaczynam antiquo modo od *sfery ruchowej*, (zaburzenia akinetyczne, dyskinetyczne i hyperkinetyczne), by przejść do zaburzeń *w sferze psychicznej* i zakończyć temi rzadkiemi, trudno dającemi się rubrykować i klasyfikować postaciami, które, w nozografji różnorakie noszą określenia i nazwy, częściowo kliniczne a częściowo fizjo- lub anatomo-patologiczne, nie przez wszystkich w nomenklaturze neurologicznej i psychjatrycznej aprobowane, mimo to dają się, jak w innem miejscu wykazałem [3]), jako tako rozsegregować

* * *

Na pierwszem miejscu znajduje się nie bez słuszności najczęstsza postać *akinetyczna* ze swemi rozlicznemi odmianami. Przejawia się porażenie wrodzone u dzieci zależnie od siedliska w formie: I.) spastycznego czyli mózgowego porażenia, II.) wrodzonego porażenia opuszkowego oraz wrzekomo-opuszkowego i III.) dziecięcego porażenia jądrowego czyli aplasji jąder mostowo-opuszkowych.

A) We *wrodzonem porażeniu spastycznem dzieci* czyli *chorobie* L i t t l e'a już przed wielu laty wymieniano między innemi uszkodzenia porodowe. Zostały one wielokrotnie potwierdzone mimo licznych opozycyj ze strony poważnych klinicystów, a mianowicie:

1) z jednej strony wylewy do opon miękkich na wysokości wypukłości mózgu z uszkodzeniem najwyżej i symetrycznie obok siebie usadowionych *lobuli paracentrales*, siedliska ośrodków dla kończyn dolnych *(paraplegia spastica inferior)*,

2) z drugiej strony wybroczyny w głębi półkul na całym przebiegu dróg piramidowych od kory poprzez istotę mózgową do torebki wewnętrznej i mostu Varola.

Zależnie od umiejscowienia wylewu stwierdza się klinicznie mono-, hemi-, para- i tetraplegję, zaś anatomo-patologicznie resztki uszkodzeń w postaci zastoju (w obrębie *Vena magna Galeni*), rys i rozdarcia namiotu móżdżkowego, galaretowato krwawych pasm na wypukłości, rozmiękczeń i zakrzepów w głębi mózgowia.

B) Do tejże grupy prawdopodobnie należy rzadka odmiana wrodzonego porażenia, nie spastyczno-hypertonicznie lecz wiotko-hypotonicznie manifestująca się, znana pod nazwą: *Paralysis ato-*

[3]) H. H i g i e r: Zur Diagnostik und klinischen und pathologisch-anatomischen Klassifikation der selteneren, schwer erkennbaren Hirnkrankheiten aus dem Grenzgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Bd. 103. 1926. Zeitschr. f. Neur. u. Psych.

nico-abasica Förstera, u której ten ostatni stwierdził histologicznie zmiany sklerotyczne zwojów czołowych. Za związkiem przyczynowym z porodem przemawiają: a) anamnestycznie ustalona w tej postaci ciężka asfiksja poporodowa (Förster, Rohden) oraz b) wielokrotnie stwierdzone u noworodków izolowane świeże ogniska rozmiękczeniowe w zrazach czołowych.

C) *Dziecięce porażenie wrzekomo-opuszkowe* występuje zazwyczaj samoistnie, rzadziej towarzyszy wyżej omówionym postaciom. Aczkolwiek niejednokrotnie odmawiano jej etiologji porodowej (Peritz, Oppenheim), to jednak według nowszych badań (Monakow, Binswanger, Schwartz) ta ostatnia żadnej nie ulega wątpliwości, gdyż znaczne zmiany zastoinowo-wybroczynowe stwierdzono w wybitnym stopniu w odnośnych ośrodkach korowych i na jądrowych u noworodków z zaburzeniami w łykaniu i oddechaniu. Nawiasem dodać wypada w tem miejscu, że częste asfiksje poporodowe, w których nieracjonalny jest często stosowany zabieg Schultriga, są zależne od wylewów mózgowych a nie odwrotnie — nawet gdy pośladek przoduje lub gdy pępowina jest około szyi skręcona.

D) O ile się bierze pod uwagę, że w dużym materjale frankfurckim znajduje się szereg przypadków z wylewami w śródmózgowiu i w opuszce noworodków, to nie jest wykluczone, że *tak zwany samoistny zanik lub wrodzona aplazja jąder mostowo-opuszkowych* (wrodzone porażenie nerwów: twarzowego, okoruchowego, odwodzącego gałkę, podjęzykowego) mają za podłoże również nierzadko uraz porodowy, jak to już przypuszczali przed wielu laty Moebius, Ziehen i Heubner. Jasna rzecz, że przy rozpoznawaniu musi być przedewszystkiem ustalona wrodzoność, a następnie wykluczone być muszą inne czynniki etjologiczne, jak zakażenie gorączkowe matki w ciąży i noworodka w pierwszych tygodniach życia.

E) *Dyskinetyczna czyli móżdżkowa postać wrodzonych porażeń dziecięcych* jest większości lekarzy mało znana, chociaż wspominają o niej już Freud, Anton, Förster i Oppenheim. Klinicznie stwierdza się obraz choroby móżdżkowej, anatomo-patologicznie zaś rozmiękczenia, zakrzepy i torbiele obok sklerozy, zaniku i niedorozwoju półkuli móżdżku. Trudno się decydować z rozpoznaniem tam, gdzie brak jest zupełnie danych wywiadowczych co do przebiegu porodu. Mostem łączącym, jako płodowe zaniki lub zarodkowe potworności móżdżku w tych opisywanych przypadkach służyć winny te spostrzeżenia, gdzie obok defektów i zaników w półkuli stwierdza się bezsprzeczne ślady wylewów (Ylppö) lub rozmiękczeń (Schwartz) u przedwcześnie lub ciężko zrodzonych dzieci (Cassirer, Batten).

F) Nowszej daty są nasze wiadomości o nader różnorakiej i wielobarwnej *postaci hyperkinetycznej czyli pozapiramidowej porażenia dzieci*, która wśród neurologów i pedjatrów pod niejednym żaglem płynie *(paresis choreatica, hemiathetosis, choreoathetosis posthemiplegica, athetosis duplex)*.

Jak się ujmuje problemat zjawisk hyperkinetycznych obecnie po bliższem poznaniu spraw pośpiączkowych, wie nietylko neurolog, bliżej obeznany z fizjopatologją zwojów podstawowych, tak zwanego, układu ciała prążkowanego *(striatum)* i jądra bladego *(pallidum)*. Faktem jest wielokrotnie stwierdzonym, że wśród atetetyków bardzo obficie znajdujemy osobników przedwcześnie, ciężko, kleszczowo zrodzonych i że nie rzadką jest u nich lokalizacja wybroczyn porodowych w obrębie *v. terminalis*, odprowadzającej krew ze zwojów podkorowych do zatoki odnośnej. Według Zapperta, Schwartza i Dollingera nie jest wykluczone, że jeszcze przed laty przez C. i O. Vogtow opisane w *choreoathetosis* i w sztywności ogólnej noworodków samorodne zaburzenia rozwojowe *(status marmoratus striat, status dysmyelinicus pallidi, status fibromyelinisatus corticis)* stanowią przeważnie właśnie zejście urazów porodowych, przeoczonych krwotoków zwojowych, poniekąd zakończenie bliznowate miejscowych procesów rozmiękczeniowych.

G) Zupełnie swoistą grupę zachorzeń przyporodowych, poznaną bliżej w ostatnich dopiero czasach, stanowi *wodogłowie wewnętrzne (hydrocephalus primarius seu idiopathicus)*. Schwartz stwierdził u wcześnie zmarłych wskutek urazu porodowego noworodków zbiorowisko płynu w komorach bocznych, Ylppö — krwotoki wewnątrz-komorowe, Brehme — liczne anomalje encefalograficzne komór. W jaki sposób następuje zbieranie się płynu po urazie, jeszcze nie ustalono definitywnie. Prawdopodobnie może zarówno krwawienie dokomorowe, drażniąc splot, wywołać hypersekrecję płynu jak zatkanie dróg odpływowych względnie sprowadzić zastój płynu przez spustoszenie powierzchni rezorpcyjnej tegoż splotu naczyniastego i podściółki komór.

H) Również niedawno wypłynęła na arenę sprawa związku przyczynowego samoistnej *padaczki i spazmofilji u dzieci* z urazem porodowym. Konkretnego da się w tej kwestji tyle tylko powiedzieć: a) że się w wywiadach osesków epileptyków stwierdza często pierworództwo lub uszkodzenie porodowe, b) że dzieci spazmofilją wcześną dotknięte, wykazują nierzadko klinicznie i anatomo-patologicznie objawy uszkodzeń mózgowych i błędnikowych, zaś anamnestycznie przedwczesność urodzenia, c) że histologiczną gliozę brzeżną i korową padaczkowców, szczególnie zaś sklerozę rogu Ammona epileptyków (Spielmayer, Alzheimer) spotyka się tu i ówdzie już w pierwszych tygodniach po ciężkich porodach i wreszcie d) że róg Ammona, najczęściej w tych razach upośledzony, należy do układu naczyniowego, *venae hippocampi* oraz *venae basalis* najbardziej cierpiących wskutek zastoju porodowego.

I) W tenże sposób należy zapatrywać się na związek między dziecięcym urazem porodowym a *otępieniem i idjotyzmem*, w którym statystycznie stwierdzono liczne przypadki ciężko i przedwcześnie zrodzonych. Ylppö wśród 300 przedwcześnie urodzonych znalazł 7,5% idjotów, Dollinger zaś wśród 70 idjotów 40% przed terminem zrodzonych, tak iż te gołe cyfry same przez się już a priori upoważniają do traktowania noworodka wcześniaka w tych warunkach jako kandydata na matołka względnie umysłowo upośledzonego otępieńca.

K) Duża liczba *głuchoniemych i niewidomych* wśród drobnych dzieci zwłaszcza wcześniaków — pomijam młode osobniki, dotknięte sprawami rodzinno-dziedzicznemi — kierowała również uwagę szkoły frankfurckiej w stronę urazu porodowego w obrębie układu ośrodkowego i sąsiadujących z nim tkanek nerwowych. Okazało się też w samej rzeczy, że przemawiają za tą możliwością w głuchoniemocie wrodzonej przedewszystkiem dokładne czynnościowe badania otologiczne u osesków aparatu słuchu i równowagi, odczynu kalorycznego odruchów błędnikowych, szyjnych i ruchowych Magnusa i de Kleyna, następnie oględziny histologiczne kości skalistej i jej narządu słuchowego, a wreszcie doświadczalne wstrzykiwania barwników do układu żylnego tej okolicy anatomicznej (Voss, Berberich, Wieder).

Wielce charakterystyczne są nadewszystko symetryczne wylewy porodowe w kości skalistej z uszkodzeniem słuchowych torów przedsionkowo-błędnikowych. Zastój wskutek zmniejszonego ciśnienia w dużych żyłach, sąsiadujących z przodującem podczas porodu ciemiączkiem szerzy się poprzez zatokę poprzeczną i esicową w stronę obu zatok skalistych i połączonych z niemi żył kości skalistej *(vena auditiva int, v. aquaeductus Sylvi, v. canaliculi cochleae)*, gdzie dochodzi często do pęknięcia drobnych gałązek.

Analogiczne stosunki stwierdza się tu i ówdzie, wprawdzie o wiele rzadziej, w gałce ocznej, gdzie ustalono na *dnie oka*, w *siatkówce i ciele szklistem* wylewy liczne (Stumpf, Scherer, Metzger, Hippel), pochodzące z żył, które znajdują się w bezpośredniem kontakcie z uciskiem podczas aktu porodowego na *sinus longitudinalis superior*.

* * *

Kończąc z omawianiem układu środkowego nie można nie wspomnieć o kilku wielce ciekawych wielokrotnie dyskutowanych niezupełnie wyświetlonych jednostkach chorobowych, przez klinicystów za życia trudno rozpoznawanych, anatomo-patologom nieco lepiej znanych, których zależność przyczynowa między innemi od urazów porodowych zaczyna być coraz bardziej prawdopodobną.

L) Mam na myśli: a) rozsiane i ograniczone stłuszczenie komórek nerwowych mózgu, b) rozsiane i umiejscowione *stwardnienie* kory mózgowej *(sclerosis cerebri)*, c) rozsianą i ograniczoną *porowatość* oraz *jamistość* mózgowia *(Porencephalia)* wszystkie tu i ówdzie połączone z *makrogyrją* i *mikrogyrją*, rzadziej z *mikrocefalją* i *torbielowatością* wszystkie zazwyczaj zaliczane przez jednych autorów do zjawisk, graniczących z fizjologją, przez innych do patologji układu nerwowego lub do wad rozwojowych mózgu i wreszcie całkowity lub częściowy *niedorozwój móżdżku (Aplasia cerebelli, Hypotrophia cerebellaris)*

a) Co się tyczy *spraw stłuszczeniowych* w komórkach nerwowych i glejowych, o których już wyżej pobieżnie była mowa, to porównawcze badania (Berberich, Stern) na 45 przypadkach przeprowadzone we wszystkich okresach wewnątrz- i zewnątrz-macicznego rozwoju płodu, noworodka i dorosłego, dowiodły ostatecznie wbrew mniemaniu innych histologów (Wohlwil), że zwyrodnienie tłuszczowe komórek (Fettkörnchenzellen) i włókien nerwowych nie należy do zjawisk fizjologicznych, że normalny rozwój otoczki myelinowej odbywa się w całym układzie nerwowym wogóle bez metamorfozy tłuszczowej, a gdzie ta ostatnia góruje u noworodków bądźto w postaci ograniczonej, bądź też rozsianej, to mamy do czynienia prawie zawsze z pozostałością po wylewach urazowych zwłaszcza u wcześniaków.

b) W zupełnie ciemnej dotąd dziedzinie *rozsianych stwardnień* czyli *sklero-mózgowych*, o których w innem miejscu obszerniej mówiłem [4]), musi być obowiazkowo wyodrębniona ta jej względnie częstsza postać Heubnera, w której objawy kliniczne uwydatniają się już w pierwszych miesiącach życia, zaś anamnestycznie nic nie daje się stwierdzić prócz przedwczesnego lub bardzo ciężkiego porodu *(sclerosis diffusa congenita)*.

c) Odnośnie *jamistości* czyli *porencefalji* mózgu i móżdżku pamiętać należy, że jamistość mózgowia może być zarodkowa, porodowa i późniejsza, zależnie od tego, kiedy uraz lub zakażenie dotknęły mózg, co tu i ówdzie klinicysta na drodze również różniczkowo-rozpoznawczej rozstrzygnąć potrafi. Choroba zakaźna lub uraz macicy matki podczas ciąży mogą się udzielić płodowi. Wylewy krwawe i rozmiękczenia w późniejszym wieku dziecięcym mogą prowadzić do blizn, torbieli, defektów i jam powierzchownych i głębokich.

Na materjale wczesno-dziecięcym Schwartza, Fischera i Siegmunda udało się stwierdzić wielokrotnie obok zaburzeń klinicznych w sferze ruchu, napięcia i koordynacji anatomoo-patologicznie resztki pedoponowych wylewów i jednocześnie jamy, drążące wgłąb nieraz do komory i do zwojów podstawowych, a obejmujące odcinek substancji mózgowej, odpowiadający sferze unaczynienia *Venae terminalis* oraz *lateralis ventriculi*, dróg ważnych gałązek najczęściej dotkniętej żyły wielkiej Galena.

d) W sprawie *zaniku lub niedorozwoju całego móżdżku lub jednej jego półkuli* wystarcza stwierdzić, że liczni autorzy (Ylppö, Schwartz, Zappert) znajdywali duże wylewy w obrębie móżdżku, nawet gdy za życia objawy kliniczne były minimalne.

M) Na zakończenie wypada słówkiem wzmiankować o całym szeregu *urodzonych anomalij dokrewno-dystroficznych* (karlictwo, śluzobrzęk, otyłość nadmierna, cukrzyca, charłactwo *Simmondsa dystrophia adiposogenitalis)*, w których stwierdzono ostatnio rozległe zniszczenie śródporodowe w obrębie przysadki, zwłaszcza jej przedniego płatu *(Praehypophysis)*. Zgodnie z wynikami badań Berbericha dają się one często sprowadzić do zastoju i zakrzepów w żyłach odprowadzających krew z przysadki, do nekrozy i wtórnego zaniku beleczek komórkowych, uciskanych przez patologicznie rozszerzone naczyńka włosowate. Kiłę wrodzoną oczywiście wykluczyć należy zawsze w tych razach.

* * *

Jeśli po tej pobieżnej rewizji głównych postaci chorobowych, częściej lub rzadziej spotykanych w mózgu dziecięcym, zapytamy siebie, jak ona wypadła w stosunku do dawnych naszych poglądów na etjologię i patogenezę licznych jednostek nozologicznych, wrzekomo wrodzonych, to będziemy zmuszeni do wprowadzenia wielce poważnych modyfikacyj i korektyw w naszych zapatrywaniach. Od dawien dawna bowiem przyzwyczailiśmy się niesłusznie do odrębnego traktowania fizjologji i patologji noworodka i ssawca, nauczyliśmy się bez racji rozprawiać: a) o jakiejś swoistej fizjologji nowonarodzonego dziecka, b) o właściwościach specyficznych niewykończonego organizmu, c) o uchyleniach w czynności niedojrzałego toru piramidowego, d) o wzmożonej pobudliwości odruchowej tłumaczącej obecność odruchów patologicznych, sztywność i skurcze dzieci przedwcześnie urodzonych, e) o zagadkowej konstytucji spazmofilowej i gotowości fizjologicznej do drgawek *(Kramfbereitschaft)* u pewnych osesków, f) o jakimś stanie niezdolności wrodzonej do życia *(debilitas vitae congenita)*, objaśniającym zatrważającą śmiertelność noworodków, g) o somatyczno-psychicznym infantylizmie i t. p.

Cytowani autorzy amerykańscy, a zwłaszcza szkoły frankfurckiej i berlińskiej, usiłują nie bez zasady dowieść, że wszystkie cechy dopiero co wzmiankowane oraz liczne inne nierzadko we wczesnem dzieciństwie lub w pierwszych dniach życia napotykane i przez to neurologom i pedjatrom dobrze znane (jak np. odruch paluchowy Babińskiego, istotny i wrzekomy, priapizm kilkodniowy, oczopląs samoistny, brak odczynu kalorycznego ze strony narządu słuchowo-błędnikowego, zaburzenia równowagi, nadpobudliwość obrotowa, swoiste ruchy ustawienia i pozycji szyi, kończyn i palców, sztywność mięśni, częste drgawki) nie są wcale, jak się twierdzi powszechnie, swoiste wczesno-dziecięcemu wiekowi.

Nie są one bynajmniej zależne: od biologicznej niedojrzałości mózgu, od anatomicznie-funkcjonalnego niedorozwoju otoczki myelinowej włókien pramido-ruchowych u noworodków, od gotowości drgawkowej mózgu i od licznych innych fizjologicznych właściwości ustroju dziecięcego, lecz jedynie i wyłącznie od czynników patologicznych, od zachorzeń określonych, przeważnie od urazów przyporodowych, w różnych odcinkach korowych i podkorowych mózgowia, móżdżku, opuszki rdzenia usadowionych, od urazów zachowujących się wcale nie inaczej niż w organizmach osobników dojrzałych. Kiedy się domyśleć — przy braku wywiadów ścisłych — przebytego podczas porodu urazu czaszki lub mózgu? Jeśli zaburzenia ze strony mózgowia są *wieloogniskowe*, to oczywista, że rozsiane usadowienie objawów klinicznych winno się przyczynić w każdym poszczególnym przypadku do rozpoznania urazu, do djagnozy etjologiczno-patogenetycznej.

Jednakowej więc wagi dla klinicysty są: przykurczenia, niedowłady, drgawki, ruchy pląsawicze, atetoza, patologiczne odruchy błędnikowo-przedsionkowe, objaw Babińskiego, oczopląs, bezład, wylewy siatkówkowe, śluzobrzęk, otyłość nadmierna, otępienie i t. d. Klinika zresztą dostarczyła ostatnio licznych innych metod rozpoznania z dużą ścisłością krwawienia urazowego już za życia (nakłucie lędźwiowe, badanie dna oka oraz czynności labiryntu, przesunięcie formuły krwi, poziom barwików żółciowych we krwi, przeładowanie żelazem elementów układu siateczkowo-śródbłonkowego).

Smutny los dzieci z urazem porodowym mózgu polega o ile zostają przy życiu, jeszcze na tem, że towarzyszy nierzadko niedorozwój umysłowy, oligopenja, i że nierzadko wytwarza się wrodzony, a raczej wcześnie nabyty *locus minoris resistentiae* mózgu i rdzenia, który później przy lada infekcji lub intoksykacji żywo reaguje.

Czy się kiedyś uda w tej nader rozległej dziedzinie nozologicznej ze skutkiem interwenjować *leczniczo* na drodze chirurgicznej choćby w myśl optymistycznej wiary w częste nakłucia lędźwiowe, komorowe i zbiornikowe lub w myśl pobożnych życzeń i propozycyj skądinąd zrealizowanych amerykańskiej lekarki Mc. Sarah Nutt z przed 40-tu lat, która uważa za stosowne usuwanie wylewów oponowych w pierwszych dniach życia, nauczy nas rychło doświadczenie kliniczne. Zmniejszyć mogą znacznie odsetek śmiertelności Towarzystwa opieki macierzyństwa, dbające o usunięcie od pracy fizycznej ciężarnych w ostatnim miesiącu ciąży *i umożliwienie donoszenia płodu do końca*. Czy się to uda działać *zapobiegawczo* przez zwalczanie fizjologicznie zmniejszonego ciśnienia macicy, wkraczającego podczas aktu porodowego w dziedzinę patologji urazowej, trudno powiedzieć. Należy o tem wątpić mimo bardzo optymistycznie brzmiących horoskopów Schwartza, który wierzy święcie, że muszą się znaleść radykalne, zasadniczo nowe wytyczne w położnictwie przyszłości, aby zapobiec ogromnej śmiertelności i chorobowości noworodków ssawców i młodych dzieci i *zwalczyć formalną klęskę społeczną, która pod względem ubytku i kalectwa istot ludzkich dorównywa, jak widzieliśmy, największemu wrogowi ludzkości t. j. gruźlicy.*

[4]) H. Higier: Die gegenseitige Stellung in klinischer, pathogenetischer und anatomisch-pathologischer Hinsicht der seltenen Formen der entzündlichen, degenerativen und blastomatösen Hirnsklerosen im Lichte der neuesten Forschungen. Dtsch. Ztsch. f. Nervenheilk. 79. H. 2. 192).

Dr. med. Witold MITKUS. Warszawa.

Próby leczenia alkoholizmu autohemoterapją.

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. med. Jan Mazurkiewicz.

Leczenie hemoterapją, zapoczątkowane przez Ravaul i Ramonda, znalazło szerokie zastosowanie prawie we wszystkich gałęziach medycyny, czy to w postaci wstrzykiwań krwi własnej (autohaemoterapia) czy w postaci wstrzykiwań krwi cudzej (heterohaemoterapia).

W zakresie chorób nerwowych i psychicznych próbowano obydwóch sposobów leczenia krwią, zwłaszcza badacze francuscy i włoscy, Ceni, Guido Guido, Wende, Tullio Hazzei, Tiengo leczyli obydwoma sposobami epileptyków swoistych i uzyskiwali liczne poprawy stanu zdrowia chorych. Toulose i Crivalles stosowali heteroterapję u alkoholików i otrzymywali rezultaty sprzeczne. Josephy stosował autohemoterapję w schizofrenji. W niedawno ogłoszonej dużej pracy C. Pascal'a i J. Davesne'a znajdujemy cały szereg wskazań, w jakich razach można stosować hemoterapję w zakresie chorób psychicznych i nerwowych. A więc: według tych autorów zasadniczo hemoterapję można stosować we wszystkich chorobach psychicznych, niewymagających zbyt silnego wstrząsu; wskazana jest u wszystkich chorych, u których odżywianie podupada, u kobiet ze skąpem miesiączkowaniem, w stanach depressji, melancholji, w neurastenji, schizofrenji, w psychozach okresowych, w stanach splątania, w alkoholizmie, porażeniu postępującem, oraz we wszystkich stanach maniakalnych ostrych lub przewlekłych.

Wprawdzie już tak obfite wyliczenie różnych schorzeń, o etjologji często różnej, nie wzbudza zbyt wielkiego zaufania do dobrego skutku leczenia, ale autorzy dodają, że jeżeli nie zawsze leczy się zaburzenia psychiczne, to poprawia się znacznie stan ogólny chorych.

Naogół biorąc, zdania co do skuteczności leczenia hemoterapją są podzielone, a w piśmiennictwie spotykane są zaledwie pojedyncze przypadki psychoz, uważanych za ciężkie (por. post. schizofrenja) w których hemoterapja miała dać rezultaty dodatnie.

Również zachodzi różnica poglądów co do skuteczności leczenia autohemoterapją alkoholików. Tak Mantero nie podziela optymizmu Lhospitalitèra co do autoseroterapji u alkoholików i twierdzi, że obrzydzenie do alkoholu, które wykazywali chorzy przez pewien czas po leczeniu, jest zasugestjonowane, albo okazywane przez chęć dogodzenia lekarzowi.

Leczenie krwią jest zaliczane do odmiany proteinoterapji. Krew, wzięta nawet od tego samego chorego i wstrzyknięta z powrotem domięśniowo, zmienia swój skład i już działa jako białko heterogenne, wywołujące zaburzenia równowagi koloidalnej (Lumière) czyli autohemoterapja działa przez wstrząs. Przypuszczają również, że leczenie autohemoterapją jest metodą leczenia odczulaniem (désensibilisatrice) chociaż wyniki leczenia, rozpatrywane z tego punktu widzenia, często bywają sprzeczne (Pascal, Davesne). Również przypuszczają, że leczenie autohemoterapja działa na gruczoły dokrewne, zaczem przemawiałyby fakty obfitszego miesiączkowania po stosowaniu tej metody (Pascal, Davesne). W leczeniu hemoterapją kładą nacisk na działanie psychiczne leczenia, które wraz z pobudzającem działaniem na gruczoły dokrewne i wzmożeniem procesów biologicznych daje dobre wyniki w leczeniu nerwic, w których wszystkie inne sposoby były bezskuteczne.

Leczenie hemoterapją jest leczeniem bezpiecznem i nieuciążliwem dla chorych. Wypadku śmierci z powodu leczenia nie notowano w literaturze. Montier i Rochet podają ze swej praktyki po bardzo rozległem stosowaniu autohemoterapji, że naogół najczęściej jako powikłania występują lekkie bóle stawowe, lędźwiowe, bóle głowy; objawy te zresztą szybko mijają. Ciepłota dość rzadko przekracza 38°, zwykle nie jest wyższą od podgorączkowej. Spostrzeżenia co do ciepłoty wyklucza działanie autohemoterapji jako pyroterapji. Ci sami autorzy podają zaledwie trzy przypadki dość ciężkich zresztą przejściowych objawów leczenia, polegających na zaburzeniach ze strony tętna, sinicy twarzy i kończyn.

Dla wypróbowania metody leczenia krwią w Klinice Psychjatrycznej wybraliśmy wraz z kol. Michalskim psychozy o etjologji alkoholicznej. Próby rozpoczęliśmy od kwietnia 1926 i chorzy leczeni, rozpatrywani w tej pracy, przebywali w Klinice w czasie między kwietniem 1926 i kwietniem 1927 r. Techniki używaliśmy najczęściej stosowanej t. zn. wstrzykiwaliśmy ogółem około 60 cm krwi własnej. Injekcje odbywały się raz na tydzień, przyczem pierwsza injekcja wynosiła około 5 cm, a następnie 10—12 cm. Krew braliśmy strzykawką z żyły i natychmiast wstrzykiwaliśmy w mięśnie pośladkowe. Chorzy znosili zabieg dobrze i chętnie mu się poddawali. Powikłań żadnych nie mieliśmy prócz tego, że kilku chorych skarżyło się na lekkie bóle stawowe.

Po upływie mniej więcej pół roku od chwili wypisania się chorego z Kliniki, zbieraliśmy o nim wiadomości, przyczem najwcześniejsza katamneza w 1 przypadku wynosiła 4 miesiące, najpóźniejsza 12 miesięcy, reszta przeciętnie 6 miesięcy.

W katamnezie kładliśmy nacisk na następujące momenty:

1) czy leczony pije obecnie, a jeżeli tak, czy ilość używanego alkoholu zmniejszyła się,

2) czy pracuje,

3) czy odczuwa wstręt do alkoholu, względnie czy „smak" jego do alkoholu zmniejszył się.

Ostatni punkt umieściliśmy dlatego, że niektórzy leczeni autohemoterapją wykazywali wstręt do alkoholu (Lhospitaliter). Również w małym zakresie stosowaliśmy leczenie autohemoterapją chorym, zgłaszającym się ambulatoryjnie.

Liczba przypadków leczonych autohemoterapją, która posłużyła za materjał do pracy niniejszej, wynosi 23, z tego 20 było leczonych w Klinice, a 3 ambulatoryjnie. Wśród wymienionej liczby chorych była 1 kobieta, leczona ambulatoryjnie.

Dla porównania wyników leczenia wzięto 23 mężczyzn z psychozami alkoholowemi, którzy przebywali w Klinice w przeważnej większości w roku, poprzedzającym wprowadzenie w Klinice próby leczenia krwią, przyczem staraliśmy się dobierać przypadki wypisane z poprawą, gdyż sądziliśmy, że chorzy, wypisani z poprawą, mają więcej szans na utrzymanie się w tym stanie zdrowia niż chorzy, wypisani bez poprawy, i z tego powodu porównanie katamnezy tych chorych z katamnezą chorych leczonych autohemoterapją umożliwi zorjentowanie się co do wartości tej metody leczenia. Również i o tych chorych zbieraliśmy wiadomości podług takiego samego schematu, jaki był zastosowany dla leczonych. Najwcześniejsza katamneza u nieleczonych wynosi 7 miesięcy po wypisaniu z Kliniki, najpóźniejsza 20, przeciętna 16. Katamnezę najczęściej zbierano listownie, lecz mieliśmy i wiadomości o chorych przy zetknięciu się z nimi lub ich rodzinami poza Kliniką (Kasa Chorych).

Z chorych leczonych autohemoterapją na podaną ilość 23 otrzymano wiadomości o 17. Z chorych nieleczonych, na tę samą liczbę zdobyliśmy informacje o 11-tu.

Przystępując do szczegółowego rozpatrzenia otrzymanych wiadomości o 17 chorych, leczonych autohemoterapją podzielimy je na grupy: niepijących, pijących mniej, pijących jak przed leczeniem, a więc:

Nie pije 6, pracuje 5 (szósty nie pracuje z powodu braku pracy), czuje wstręt do alkoholu 2.

Pije mniej 5, pracuje 5, 2 wódka nie smakuje w przeciwieństwie do smakowania w wódce przed leczeniem).

Pije bez zmian 5, pracuje 1 (dorywczo),

oraz 1 przypadek, który leczono autohemoterapją z powodu objawów alkoholizmu przewlekłego; chory ten po leczeniu nie pił i pracował, a następnie w $1/2$ roku po wypisaniu przybył z powodu objawów schizofrenji.

Z kategorji pijących bez zmian jeden zmarł w parę miesięcy po wypisaniu.

Podobne zestawienie wiadomości otrzymanych o 11 chorych nieleczonych daje następujące wyniki:

nie pije	**0**	
pije mniej	**2**	**z tego pracuje 2**
„ bez zmian	**8**	

jeden zginął w wypadku w 2 miesiące po wypisaniu z Kliniki przy pracy zawodowej.

Z podanej liczby 8 pijących bez zmiany jeden zginął śmiercią samobójczą, 1 zmarł na zapalenie ślepej kiszki.

Z 6 leczonych niepijących wszyscy ukończyli całkowite leczenie autohemoterapją podług metody podanej wyżej. Z pijących mniej 2 wzięło leczenie całkowite, a trzej pozostali połowę. Pięciu pijących nadal wzięło leczenie całkowite.

Chorzy leczeni i nieleczeni znajdujący się w grupie „pijący bez zmian" wszyscy wkrótce po wypisaniu z Kliniki powrócili do nałogu.

Rozpatrywani chorzy zaliczeni po leczeniu do niepijących mieli dodatkowe rozpoznania: 1 ciężkie zwyrodnienie psychiczne alkoholiczne + lues przebyta bez objawów kiły ze strony układu nerwowego, 2 — alkoholizm chron. + paranoia alkohol. 1 — alkoh. chron. + zamroczenie alkohol. ze stanem lękowo parainoid. 1 — alkohol. chron. + lues przebyta bez objawów kiły ze strony układu nerwowego, 1 — alkoh. chron. Z mniej pijących po leczeniu u 4 rozpoznawaliśmy alkohol. chron. u jednego alkohol. chron. + degeneratio psychica constitutionalis. Pięciu pijących po leczeniu bez zmiany, miało rozpoznanie: 1 alkohol. chron. + deliria trementia + epilepsia alkohol. 1 — alkohol. chron. + residua post hemiperes na tle kiły, 1 — ciężkie zwyrodnienie psychiczne alkoholiczne + lues przebyta bez objawów ze strony układu nerwowego, 1 — alkohol, chron + psychopatia constitut. + opiumismus + lues, przebyta bez objawów ze strony układu nerwowego, 1 — alkohol. chron. + psychopatia constitution.

Z powyżej przytoczonych rozpoznań widać, że naogół leczeni którzy poprawy nie wykazali, mieli bardziej wyraźne cechy psychopatji konstytucjonalnej, albo degeneracji alkoholowej, w porównaniu z chorymi leczonymi, a wykazującymi poprawę.

U 90% leczonych autohemoterapją stwierdzaliśmy obarczenie dziedziczne alkoholiczne.

Co do postaci klinicznych chorych, nie leczonych autohemoterapją, to u wszystkich stwierdzaliśmy alkoholizm przewlekły. 12 z pośród tych chorych przybyło z objawami delirium tremens Również około 90% chorych nieleczonych wykazywało obarczenie dziedziczne alkoholowe.

Nieleczeni autohemoterapją, o których posiamy wiadomości, zaliczeni zostali pod względem klinicznym do następujących jednostek: pijący mniej — 1 alkohol. chron. + delir. tremens, 1 alkohol. chron.; pijący nadal bez zmian — 1 alkoh. chron. 1 alkoh. chron. + epilepsia alkohol. 1 psychosis Korsakovi, 5 pozostałych alkohol. chron. + delirium tremens.

Wszyscy chorzy leczeni i nieleczeni pili alkohol wódczany. Ilości używanego alkoholu przez każdego chorego indywidualnie nie udaje się dokładniej określić ze względu na zwykle towarzyszącą dyssymulację w tym punkcie badania, ogólnie jednak da się stwierdzić na zasadzie pewnych danych, że pili codziennie, że upijali się najczęściej raz na tydzień i że nie udaje się stwierdzić jakiejś różnicy między leczonymi i nieleczonymi co do ilości i częstości używanego alkoholu.

Przeciętny wiek chorych leczonych wynosił 38 lat, nieleczonych 39. Przeciętny okres używania alkoholu u leczonych wynosił 12 lat, u nieleczonych 15.

Poważniejszych schorzeń fizycznych natury neurologicznej wśród chorych objętych statystyką nie obserwowano, z wyjątkiem przejściowego cukromoczu u 1 leczonego i zapalenia nerek u 1 nieleczonego.

Przy omawianiu rezultatów statystycznych leczonych i nieleczonych chorych można z dużą pewnością uważać tych chorych, którzy odpowiedzi nie nadesłali, za pijących nadal. Liczbowo przedstawiałoby się: na 23 leczonych brak wiadomości o 6, na tę samą liczbę nieleczonych nie odpowiedziało 12.

Drugie omówienie dotyczy kategorji chorych mniej pijących leczonych i nieleczonych. Chorzy tej kategorji podają, że piją bardzo rzadko, t. zn. nie codzień i nawet nie co tydzień, piją ilości małe (jeden tylko wino) nie upijają się, pracują.

Na zasadzie tych danych możnaby chorych tej kategorji uważać za wykazujących poprawę, jednakowoż przebyta psychoza alkoholiczna, oraz doświadczenie psychjatryczne co do alkoholików, stwierdzające, że o ile alkoholik nie zaprzestał zupełnie używania alkoholu, zawsze nad nim wisi niebezpieczeństwo powrotu do nałogu, nie pozwala nam uważać tych pacjentów za stojących poza niebezpieczeństwem.

Gdybyśmy porównali same tylko liczby podane w naszej statystyce, dotyczące chorych leczonych autohemoterapją i nieleczonych, o których posiadamy wiadomości, to statystyka przemawiałaby na korzyść chorych leczonych. Procentowo przedstawiałoby się:

Leczeni autohemoterapją:		Nieleczeni:	
nie pije	35%		
pije mniej	29%	pije mniej	20%
„ nadal	29%	„ nadal	80%

Porównanie katamnezy chorych nieleczonych, którzy przeciętnie o rok dłużej znajdywali się poza Kliniką, z katamnezą chorych leczonych mogłoby nasuwać wątpliwości co do wartości wyciągniętych wniosków, gdyby nie okoliczność, że wiadomości o chorych nieleczonych stwierdzają powrót tych chorych do alkoholu zaraz po wypisaniu z Kliniki.

Nie możemy jednak w tym wypadku oprzeć się tylko na liczbach statystyki i wyciągać zbyt daleko idących wniosków z wielu powodów. Przedewszystkiem badania nasze opierają się na małym materjale w porównaniu z olbrzymią ilością psychoz o etjologji alkoholicznej. Następnie zbyt dobrze jest nam znana prawie zupełna beznadziejność dobrego rokowania u alkoholika, który z powodu psychozy alkoholicznej dostał się do szpitala dla chorych psychicznie. Tak samo należy wziąć pod uwagę wątpliwość, czy wszystkie zgłoszone odpowiedzi dodatnie, odpowiadają prawdzie, gdyż wiadomem jest, jak alkoholicy potrafją swój nałóg ukrywać. Również niejasny właściwie mechanizm działania autohemoterapji wogóle tembardziej wydaje się nam niejasnym w swem działaniu na zaniknięcie pociągu do picia u alkoholików.

Chociaż badania nasze dokonane były na niewielkim materjale, jednakowoż porównanie z tą samą liczbą przypadków nieleczonych, daje zbyt dużą różnicę na korzyść leczonych, abyśmy nad tem przeszli bez zwrócenia uwagi.

Prawdą jest, że niejasny jest mechanizm działania leczniczego autohemoterapji a szczególnie u alkoholików, ale również wiadomo, jak naogół zgodne są opinje autorów o dobrych skutkach tego leczenia u ciężkich neurotyków.

Również zasługuje na podkreślenie, że z pośród leczonych z rezultatem dodatnim, 4 pacjentów oświadcza, że po leczeniu nie czują pociągu lub „smaku" do alkoholu.

Przechodząc do wniosków końcowych, wynikających z podanych naszych obserwacyj, uważałbym:

że rezultaty dotychczas zauważone zachęcają do dalszego stosowania leczenia alkoholików autohemoterapją,

że rozpoczęcie kuracji autohemoterapją pozwala nam w większości przypadków, na zatrzymanie chorego w szpitalu na przeciąg około 8 tygodni, przyczem chory i rodzina uważają, że pobyt jego przez ten czas w szpitalu jest celowy, w przeciwieństwie do najczęściej praktykowanego wypisywania chorego zaraz po minięciu objawów ostrych,

że dziś nie jesteśmy w stanie wytłómaczyć sobie, na jakiej drodze działa leczenie krwią, a zwłaszcza u alkoholików, czy to jest wstrząs, czy „odczulenie", czy działanie na gruczoły dokrewne, czy też poprostu działanie sugestyjne na psychikę chorego.

W zakończeniu dodałbym, że ciekawe byłoby przeprowadzenie prób leczenia alkoholików krwią, wziętą od osób z konstytucjonalną lub nabytą nietolerancją do alkoholu. Prób tych dotychczas nie udało się nam przeprowadzić z powodu braku odpowiedniego doboru materjału.

Piśmiennictwo:

M-lle Pascal et J. Davesne: La thérapeutique sanguine dans les psychoses. La presse médicale Nr. 67, r. 1925. — M-lle Pascal et J. Davesne: Traitement des maladies mentales par les chocs 1926 r. — Knosp: Action euphorique de l'autohémothérapie recenzja Presse medical Nr. 53 r. 1926 z Münchener medizinische Wochenschrift tom 43 1926 r. — F. Montier et J. Rachet: Incidents et accidents de l'autohémothérapie. La presse medical Nr. 65 r. 1923. — S. Mantero: Tentativi di cura nell'alkoholismo. Rivista di patologja nervosa e mentale Vol. 32 1927. — A. Lumière i Montoloy: Sposób działania wstrzykiwań krwi własnej. Wiedza Lek. zesz. II rok 1927. — Neumark: Leczenie krwią własną w chorobach skórnych i wenerycznych w związku z uczuleniem i odczuleniem ustroju. Pol. Gaz. Lek. Nr. 15 r. 1927.

Dr. Józef FRITZ. Lwów.

W sprawie epidemjologji odry.

(Por. Dr. E. Peszyńska: Przyczynek do epidemjologji odry. P. G. L. 1928. Nr. 19, str. 341).

Ciekawy przypadek, opisany przez autorkę, w którym trudność wytłumaczenia okresu wylęgania wydaje się znaczną, nastręcza sposobność do następujących uwag: Przyjęcie przenoszenia odry przez osoby trzecie (wyłączam zakażenie przez formy poronne jako prawidłowe) inwolwuje też w pewnej mierze możliwość szerzenia się jej przez powietrze. (Peszyńska: możliwość 2 i 1; por. również me uwagi w Pedjatrji polskiej VII, str. 402 - 3). Zaznaczę przytem, że regulamin sali z przegródkami (półboksy) nie chroni wiele, zarazek zaś może być noszony jak w cieplarce w jamie nosowo - gardzielowej personalu, który zetknął się z jednostką pozostającą w okresie wylęgania tego schorzenia. Okres ten trudno często samem tylko badaniem bez szczegółowych wywiadów ująć. — Nasuwałaby się jednak jeszcze trzecia możliwość: przedłużenie okresu wylęgania odry. Wiadomości nasze odnośnie do długości tegoż, jakoteż np. czasu wygasania zakaźności nie mogą być wcale uważane za definitywnie skrystalizowane (por. np. Zs. f. Kinderheilkunde 45, zesz. 3, str. 364 /Goebel/ i Zbl. f. d. ges. Kinderheilkunde XXI, str. 221 ref.), rewizje ich ze względu na obserwacje przeciągania się opisywane w literaturze są wskazane.

Odra jako schorzenie o charakterze allergicznym może być studjowaną, gdy chodzi o ów okres przestrajania, doświadczalnie (stadjum I i II por. Klin. Woch. VI. Nr. 41, str. 1953). Wiemy, że surowice stosowane profilaktycznie przedłużają często okres wylęgania. Nasuwa się pytanie, jakiem jest też np. oddziaływanie schorzeń interkurrentnych, padających na ów okres i dotykających ustrój w czasie jego przygotowywania się do reakcji na tkwiący w nim zarazek odry, jak mogą być modyfikowane objawy owego przestrojenia samego i wreszcie jak zachowuje się organizm po jego przebyciu (np. w przypadku opisanym, w którym wysięk opłucnej mógł spowodować opóźnienie w wystąpieniu objawów odrowych, zaś odra sama wpłynąć korzystnie na polepszenie się stanu gruźliczego) i t. p.

Dwa przypadki przedłużenia okresu obserwowałem również niedawno (jeden o 6, drugi o 9 dni, opis tychże i omówienie ukażą się niebawem w czasopiśmie fachowem francuskiem), których izolację stworzyła natura *(experimentum naturae)*, zaś wśród nich u jednego dziecka był też specyficzny wysięk opłucnowy międzypłatowy.

Przypadki tego rodzaju, do nich zaliczyłbym i opisany przez Filatową, mogą mieć wartość znaczną, dowodzą bowiem, że ścisłe ustalanie okresów ma znaczenie tylko względne i odnosić je należy z pewnem prawdopodobieństwem do przypadków przeciętnych (ustrój nie jest tylko płytką dla posiewu), nie wykluczając też różnych kombinacyj (np. przeniesienia przez osobę trzecią wraz z opóźnieniem w wylęganiu; możliwe w przypadku Dr. Peszyńskiej), wszak *„non numerandae sed ponderandae observationes"*.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. M. WILENKO. Chełm.

Kiła wątroby *).

Szereg prac ostatnich lat zajmujących się statystyką kiły, i stosunkiem tejże do chorób wewnętrznych wykazuje, że nietylko wzrosła ilość chorujących na kiłę wogóle, ale przedewszystkiem zmienił się charakter tej choroby.

*) Według odczytu wygłoszonego w Związku Lekarzy P. P. oddział Chełm dnia 28. III. 1928 r. z pokazem przypadku.

Oto uległa względnemu zmniejszeniu t. zw. III-rzędna kiła skóry, błon śluzowych i kości, natomiast spotykamy coraz częściej zwłaszcza w ostatniem dziesięcioleciu III-rzędne schorzenia kiłowe narządów wewnętrznych.

Na czem polega ta zmiana charakteru kiły, dotychczas nie jest wyjaśnione. Niektórzy badacze przypuszczają, że obecny sposób leczenia — przedewszystkiem leczenie salwarsanem — na tę zmianę wywarł wybitny wpływ. Czy częstsze rozpoznanie tych chorób na tle ulepszonych metod badania nie powoduje po części przynajmniej tego pozornego wzrostu, trudno jeszcze obecnie rozstrzygnąć.

Z narządów wewnętrznych ulegają schorzeniu w III-ciem stadjum kiły na pierwszem miejscu układ nerwowy, na drugiem narząd krążenia a na trzeciem dopiero wątroba. Kiłę wątroby uważać też należy za cierpienie względnie rzadkie — bo dochodzące do 1 — 2‰ ogólnej liczby chorych — a jeszcze rzadziej rozpoznawane. Klinika bowiem nabytej III-rzędnej kiły wątroby jest różnorodna. Niekiedy przebiega bez objawów tak dalece, że zostaje odkryta przypadkowo dopiero na stole sekcyjnym, innym razem cierpienie to daje tak różne objawy kliniczne, że rozpoznanie napotyka na nieprzezwyciężone trudności. Zarówno rzadkość samego cierpienia, jakoteż trudności rozpoznawcze usprawiedliwiają ogłoszenie spostrzeganych przezemnie 2 przypadków III-rzędnej kiły wątroby.

Przypadek I.

Sz. M. 31 lat. krawczyni, zamężna. Wywiady rodzinne nie przedstawiają nic szczególnego. Przed zamążpójściem do r. 1918 zawsze zdrowa. W 3 miesiące po ślubie zaszła w ciążę, którą sztucznie przerwała; po poronieniu chorowała na bóle krzyża, stwierdzone gdzieindziej skrzywienie i przyrośnięcie macicy zostało wyleczone. W r. 1920 powtórna ciąża. W pierwszych miesiącach tejże zauważyła na częściach płciowych ranki i pęcherzyki i zasięgnęła wówczas porady u lekarza, który zapisał zastrzyki, po których opisane objawy szybko zniknęły. W 8-ym miesiącu ciąży urodziła bez zewnętrznej przyczyny nieżywe dziecko, z którego „skóra jakby opadała". Z końcem roku robiła wcierania i brała wśródżylne zastrzyki prawdopodobnie salwarsanu. W r. 1921 znowu zaszła w ciążę i urodziła dziecko żywe, które żyje dotychczas, dobrze się rozwija i niewykazuje narazie żadnych objawów chorobowych mogących mieć związek z przebytą kiłą rodziców; mąż bowiem zaraził się kiłą w r. 1914 i leczony był wówczas wyłącznie rtęcią, a wr. 1920 — a więc w czasie zakażenia chorej — z powodu świeżych objawów kiły przebył leczenie salvarsanem i rtęcią. Od r. 1921 — 1925 badana czuła się dobrze i nie przechodziła wobec tego żadnego leczenia. W r. 1925 zaczęła się skarżyć na bóle głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia, dreszczyki i gorączkę. Objawy te wraz z gorączką dochodzącą nieraz do 39° i wyżej trwały prawie bez przerwy cały rok, przyczem gorączka — jak twierdzi chora występowała codziennie. Wewnętrznych dolegliwości chora nie odczuwała. W tym czasie znacznie schudła; do łóżka jednak się nie kładła, lecz oddawała się w dalszym ciągu bez przerwy swym zajęciom zawodowym. W ciągu roku 1926 zasięgała kilkakrotnie — głównie z powodu stałej gorączki — porady lekarskiej; rozpoznawano gruźlicę gruczołów chłonnych około-oskrzelowych, zimnicę, mimo że pasorzytów zimniczych nie wykazano we krwi. Zastrzyki arszenikowe nie dały żadnej poprawy. W jesieni 1926 typ gorączkowy o tyle się zmienił, — jak podaje chora inteligentna i dokładnie spostrzegająca przebieg swego cierpienia — że zaczęły występować bez używania jakichkolwiek środków leczniczych przerwy w gorączce trwające 1 — 2 tygodni. Równocześnie ze zmianą typu gorączkowego chora zaczęła odczuwać bóle wewnętrzne występujące zwłaszcza w okresach gorączkowych, chora miała wrażenie, jakby „w brzuchu narywał wrzód". Z końcem listopada 1926 zgłosiła się do mnie po raz pierwszy. Wówczas ani mąż, ani żona nie tylko nie podawali w wywiadach przebytej kiły, przebytego leczenia przeciwkiłowego, urodzenia nieżywego dziecka, ale przeciwnie zaprzeczyli wszelkim w tym kierunku stawianym pytaniom. Wobec stwierdzenia gorączki i powiększonej, twardej, niebolesnej śledziony podejrzywałem chroniczną zimnicę, zapisałem odpowiednie leczenie i kazałem chorej zgłosić się po tygodniu, by upewnić się w postawionem przeze mnie rozpoznaniu. Chora zgłosiła się jednak dopiero po roku prawie t. j. 17. X. 1927 z uprzednio opisanemi objawami t. j. gorączką przerywaną okresami bezgorączkowemi trwającemi do dwóch tygodni i bólami „w środku", przyczem dowiedziałem się, że leczenie przeciwzimnicze przepisane przeze mnie a stosowane w dalszym ciągu przez innych kolegów pozostało bez skutku. Badanie krwi na pasorzyty zimnicze przeprowadzone gdzieindziej dało wynik ujemny. Owczesny wynik badania nie różnił się zasadniczo od stanu przedmiotowego w roku ubiegłym. Gorączka i powiększona śledziona utrzymywały się w dalszym ciągu; nadto stwierdzić mogłem nieco powiększoną i tkliwą wątrobę i bolesność przy wstrząsie okolicy lędźwiowej prawej. W moczu pobranym cewnikiem wykazałem ślady białka, a pod drobnowidem liczne skupienia ciałek ropnych w każdem polu widzenia. Wobec bolu w okolicy lędźwiowej prawej i ropy w moczu rozpoznałem zapalenie miedniczki nerkowej prawej, które przebiega wszak z gorączką, uważając resztę objawów jako następstwo przebytej uprzednio zimnicy. Przy następnem badaniu po 2 tygodniach ropa z moczu znikła, gorączka ustąpiła; podmiotowo chora czuła się znacznie lepiej. Pewny swego rozpoznania zaleciłem odpowiednie leczenie i nie widziałem chorej aż do 21. I. 1928. Wówczas wywiady wykazały, że rzekome polepszenie nie trwało długo, wystąpiły znowu dreszcze z gorączką i bóle nieokreślonego charakteru w brzuchu. Badanie przeprowadzone 21. I. 1928 dało następujący wynik:

Kobieta wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, odżywienia podupadłego. Skóra i widoczne błony śluzowe blade bez odcienia żółtaczkowego. Ciepłota 39,1°, tętno 92 uderzeń w 1'. Gruczoły chłonne nigdzie nie macalne z wyjątkiem małych, twardych, niebolesnych gruczołów pachwinowych; migdałki nie powiększone, nie rozpadłe, uzębienie utrzymane w dobrym stanie. Układ nerwowy bez zmian. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływują szybko na światło i akkomodację. Normalne odruchy utrzymane, patologicznych brak. W narządach klatki piersiowej tylko lekki podmuch nad koniuszkiem serca, zresztą wynik badania ujemny. Jama brzuszna w okolicy wątrobowej nieco wypuklona, rozszerzenia żył na powierzchni skóry brzucha nie widać. Stłumienie wątrobowe rozpoczyna się na VI-tem górnem żebrze, sięga w linji sutkowej prawej na szerokość dłoni niżej łuku żebrowego prawego, w linji środkowej sięga poniżej połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, przekracza linję środkową ciała na szerokość 4 palców na lewo i tamże macalna na szerokość 5 palców niżej łuku żebrowego lewego. Brzeg wątroby macalny, ostry, nie przerywany, powierzchnia wątroby nierówna, drobnoguzkowata, tylko w linji środkowej wyczuwa się na jej powierzchni guzowatość wielkości jaja gołębiego, miększą niż otoczenie guza; konsystencja wątroby zwiększona nieco tkliwa, tarcia na wątrobie wykazać nie można.

Stłumienie śledziony rozpoczyna się w linji pachowej lewej na VII-em żebrze i sięga do łuku żebrowego, tamże macalna na szerokość 2 palców niżej łuku żebrowego, twarda, niebolesna. W jamie brzusznej płynu wolnego nie wykazuje się.

Wobec tych zmian odrazu nasunęło się obecnie podejrzenie na schorzenie kiłowe wątroby III-rzędne, które przebiega często z gorączką; rozpoznałem też zapalenie kiłowe wątroby z ograniczonym kilakiem i dopiero teraz moje kategoryczne pytania co do przebytej kiły zostały potwierdzone, jak to w wywiadach opisałem. Reakcja Wassermanna była silnie dodatnia (++++), Meinickego również (+++). Leczenie polegało na podawaniu jodu w ilości 2 g dziennie, wstrzykiwaniach bizmutu i neosalvarsanu w dawce pojedynczej nie przekraczającej 0,4 g, w ilości 3 g w ciągu 8 tygodni.

Wynik leczenia był znakomity i szybki. Po dwudniowem zażywaniu jodu gorączka spadła do normy i dotychczas t. j. po 2 miesiącach więcej nie wystąpiła. Śledziona po upływie 2 tygodni nie dała się więcej wymacać, ani też wypukiem nie była powiększona. Wątroba prawie z dnia na dzień zmniejszała się, guz macalny na wątrobie znikł w przeciągu 10 dni od rozpoczęcia leczenia, a po 4 tygodniach wątroba niczem nie różniła się od wątroby normalnej. Cera się znacznie poprawiła, bladość ustąpiła, a przybytek na wadze wynosił w pierwszych 4 tygodniach 5 kg, a po 2 miesiącach doszedł do 8 kg. Z podmiotowych objawów bóle w brzuchu ustąpiły już po tygodniu, łaknienie zaś już w pierwszych dniach znacznie się wzmogło. Po 4 tygodniach leczenia chora nie wykazywała żadnych objawów chorobowych. Zaznaczyć muszę, że główne działanie lecznicze przypisać należy — jak to zresztą wielu autorów podnosi — używaniu jodu, gdyż objawy chorobowe już w. pierwszym tygodniu zaczęły gwałtownie ustępować przy użyciu wyłącznie jodu przed stosowaniem zastrzyków. Mimo wyzdrowienia leczenie przeciwkiłowe będzie powtórzone, gdyż nawrót cierpienia jest możliwy, jak spostrzeżenia innych autorów wykazują.

Zupełnie inaczej przedstawia się *przypadek II.*

W. Z. urzędnik skarbowy lat 41 zgłosił się do mnie 29. X. 1926 z rozpoznaniem lekarskiem niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej i niewydolnością mięśnia sercowego. Wywiady i badanie wówczas przeprowadzone wykazały następujący stan:

Ojciec zmarł nagle w 49 r. rzekomo z powodu gwałtownego krwotoku żołądkowego, matka zmarła w 68 r. na zapalenie płuc.

Badany był do r. 1906 zdrowy, w którym to roku nastąpiło zakażenie kiłowe. Przebył wówczas leczenie rtęciowe i pił jod. Pacjent żonaty, ma 5 dzieci zdrowych, żona nigdy nie roniła. Krew badana w r. 1911 na Wassermanna dała wynik ujemny, w r. 1925 chory zaczął kaszleć, odczuwać silne kłucie w boku prawym i skarżyć się na brak tchu, zwłaszcza przy większem natężeniu. Niekiedy zwłaszcza w nocy występowało kołatanie serca. Chrypki lub trudności przy połykaniu nie było.

Chory wzrostu średniego o tkance tłuszczowej i mięsnej miernie rozwiniętej. Powłoki widoczne blade. Twarz lekko obrzękła, na przedniej stronie klatki piersiowej sieć widocznych rozszerzonych żył skórnych. W pozycji stojącej lekkie wypuklenie prawej, przedniej klatki piersiowej między III a V-tem międzyżebrzem. Źrenice równe, okrągłe oddziaływują szybko na światło i akomodację. Objawów Musset'a i Oliver-Kardarellego wykazać nie można. W dołku jarzmowym wyczuwalne tętnienie tętnicy głównej. Przy obmacywaniu klatki piersiowej po stronie prawej między II a VI przestworem międzyżebrowym między linjami przymostkową prawą a sutkową wyczuwa się dość słabe tętnienie o nieokreślonym charakterze (jedno- czy wielokierunkowe). Bezwzględne stłumienie serca w granicach prawidłowych. Uderzenie koniuszkowe serca w V p. m. na wewnątrz linji sutkowej lekko widoczne i macalne; na rękojeści mostka wybitne stłumienie; również po prawej stronie przedniej klatki piersiowej stwierdzamy podłużny pas stłumienia sięgający w kierunku poziomym od linji przymostkowej prawej do linji sutkowej prawej, a w kierunku pionowym od II-giego — V-go przestworu międzyżebrowego. Szerokość tego pasa stłumienia wynosi 6 cm, a długość 13 cm. W linji pachowej prawej jakoteż z tyłu klatki piersiowej od dolnego brzegu łopatki ku dołowi wyraźne stłumienie. W obrębie stłumienia płucnego z tyłu i w pasze prawej osłabione szmery oddechowe pokryte dość licznemi niedźwięcznemi drobno- i średniobańkowemi rzężeniami. Nad koniuszkiem serca, jakoteż nad miejscami przysłuchowemi wielkich naczyń szmer skurczowy, 2-gi ton nad tętnicą główną silnie zaakcentowany; ten szmer skurczowy słyszalny również nad rękojeścią mostka i nad całem stłumieniem prawostronnem klatki piersiowej, najsilniej jednak w II i III p. m.; naogół szmer znacznie silniejszy w prawostronnym pasie stłumienia, niż nad samem sercem; tętno po stronie prawej nieco silniejsze, niż po lewej, dobrze napięte, rytmiczne. Ciśnienie mierzone Riva-Roccim w granicach normy. Objawu Duroziez'a nad tętnicą udową nie stwierdza się. Jama brzuszna bez zmian.

Mocz nie zawiera patologicznych składników. Objawów zastoinowych brak. Wassermann we krwi dodatni. Postawiłem wówczas rozpoznanie tętniaka aorty wstępującej, które zostało rentgenologicznie potwierdzone. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach neosalwarsanu, bismutu i wewnętrznem zażywaniu jodu przez kilka miesięcy. Wynik leczenia był względnie korzystny, gdyż kaszel i kłucie w boku ustąpiły, a duszność występuje dopiero przy znacznym wysiłku fizycznym. Zdaje się, że na razie dalszy rozwój tętniaka został wstrzymany.

Od sierpnia 1927 do lutego 1928 chorego nie widziałem. Z początkiem lutego 1928 zostałem do niego ponownie wezwany. Uzupełniający wywiad wykazał następujące szczegóły: Od 4 miesięcy odczuwa chory ciężar w brzuchu, którego obwód stale się zwiększa; od 2 miesięcy wystąpiły obrzęki nóg, od 2 tygodni chory nie opuszcza łóżka. Mocz oddaje w dostatecznej ilości. Dodatkowe badanie wykazuje obecnie następujące zmiany: Ciepłota ciała normalna. W obrębie klatki piersiowej stan nie wykazuje większych zmian, niż uprzednio opisane; tętno dobrze wypełnione, silniejsze po stronie prawej, niż lewej, rytmiczne 84 uderzeń na 1'. Rozszerzenia żył skórnych na brzuchu nie stwierdza się. Obwód brzucha znacznie powiększony, wynosi 96 cm. W jamie brzusznej znaczna ilość wolnego płynu. Z powodu silnego napięcia stanu wątroby i śledziony nie można wykazać. Kończyny dolne obrzękłe, blade. Żółtaczki brak. Mocz bez zmian patologicznych. Dn. 15. II. wypuściłem z jamy brzusznej 8 litrów jasnożółtawego, przeźroczystego płynu, przyczem obwód brzucha zmniejszył się do 88 cm. Niestety odczyn Wassermanna z płynu brzusznego nie był wykonany z powodów ode mnie niezależnych. Po wypuszczeniu płynu zmian w śledzionie nie wykazałem, wypukiem nie była powiększona, ani macalna. Stłumienie wątrobowe rozpoczyna się na VI żebrze prawem, sięga w linji sutkowej prawej 13 cm od łuku żebrowego, w linji środkowej 16 cm poniżej wyrostka mieczykowatego, przekracza linję środkową ciała na szerokość 5 palców, tamże wątroba macalna 14 cm niżej łuku żebrowego lewego, w całości sięga do wysokości pępka. Brzeg ostry wątroby wszędzie łatwo wymacać się daje, przerwany jedynie na wysokości linji sutkowej prawej przez twór guzowaty wielkości jaja gołębiego twardawy, nierówny, lekko tkliwy; powierzchnia wątroby drobno-guzkowata — większe wyniosłości nie dają się wykazać — przy ucisku prawie niebolesna, konsystencja zwiększona. Rozpoznanie w tym wypadku brzmiało również „zapalenie kiłowe w wątrobie" z uciskiem żyły wrotnej. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach salyrganu łączącego działanie specyficzne z wybitnie wodopędnem, obok śródżylnych wstrzykiwań salvarsanu i zażywania jodu.

Po 5 tygodniach leczenia płynu w jamie brzusznej wykazać nie można. Obrzęki nóg ustąpiły zupełnie. Wątroba w całości zmniejszyła się o szerokość 2 palców. Powierzchnia i konsystencja nie uległy na razie zmianom, twór guzowaty w dalszym ciągu macalny, choć nieco mniejszy. Podmiotowo chory nie odczuwa żadnych dolegliwości i oddaje się znowu swym zajęciom zawodowym.

Jak już wspomniałem, klinika schorzeń III-rzędnych kiłowych wątroby przedstawia wielką rozmaitość zarówno objawową, jakoteż co do przebiegu nie dając ściśle ograniczonych typów. Zależy to od samego procesu chorobowego, jego umiejscowienia, czasu trwania cierpienia, leczenia choroby i ewentualnych powikłań. Przy rozpoznaniu różniczkowem można dopiero ocenić, jakie trudności piętrzą się przed postawieniem właściwego rozpoznania. Tu uwzględnić należy przedewszystkiem 2 czynniki: 1) wykazanie kiły istniejącej w ustroju wogóle i zmian wątrobowych dostępnych badaniu fizykalnemu. Około tych 2 charakterystycznych objawów grupują się wszelkie inne, z których wymienię na pierwszem miejscu obrzęk śledziony, którego brak może nawet budzić wątpliwości co do istoty cierpienia, gorączka o różnym typie towarzysząca zapaleniu kiłowemu wątroby w 70% przypadków, szereg objawów podmiotowych jak bóle trwałe i napadowe i wpływ dodatni leczenia przeciwkiłowego. Ze względu na podobieństwo III-rzędnej kiły wątroby do całego szeregu innych chorób rozpoznanie różniczkowe musi być przeprowadzone na szeroką skalę nie zawsze dając, niestety, pożądany wynik. Największe trudności rozpoznawcze natrafiamy przy gorączkujących formach kiły wątroby, gdzie gorączka wybija się niejako na czoło i opanowuje cały obraz chorobowy. A więc trzeba wykluczyć zakażenie krwi włączając zakażenie wychodzące z jamy ustnej t. zw. Oralsepsis, zapalenie wsierdzia, gruźlicę, a w pierwszym rzędzie choroby gorączkowe dające zmiany w narzadach jamy brzusznej, jak zimnicę, ropień wątroby, bąblowiec, ropień podprzeponowy, przerzuty rakowe w wątrobie, zapalenia dróg żółciowych, pęcherzyka żółciowego. O ile III-rzędna kiła wątroby przebiega bez gorączki, należy znowu wykluczyć zanikową marskość przerostową Hanota, nowotwory wątroby, wątrobę zastoinową, kamicę żółciową obok innych rzadszych cierpień.

Dwa przypadki własne przy rzadkości cierpienia dziwnym zbiegiem równocześnie spostrzegane nie tylko wykazują nam różnorodność form klinicznych III-rzędnej kiły wątroby nabytej, ale prowadzą nas przez wszystkie fazy trudności i ułatwień rozpoznawczych, wykazując zespół objawów nie spostrzegany dotychczas. W pierwszym przypadku już same wywiady w początku skierowały nasze rozpoznanie na fałszywe tory, a w braku miejscowych objawów ze strony wątroby nie myśleliśmy o tem cierpieniu. Dopiero po 2 latach kiedy wątroba dała już wybitne zmiany, pod naciskiem przyznało się małżeństwo do zakażenia kiłowego; a kiedy leczenie już po kilku dniach uwolniło chorą od trapiącej ją gorączki, żałowała mocno, że się nie przyznała przy pierwszem badaniu; spowodowałoby to z mej strony wykonanie odczynu Wassermanna i kazało myśleć — przy dodatnim wyniku — ewentualnie także o gorączce pochodzenia kiłowego. Dodatni wywiad w II-gim przypadku ułatwił nam obok innych momentów postawienie rozpoznania. Nasz 1-szy przypadek ciekawy też jest ze względu na wczesne stosunkowo wystąpienie III-rzędnej kiły wątroby. Zwykle upływa 10 — 20 lat od zakażenia kiłowego pierwotnego, gdyż kiła wątroby należy do późnych zmian kiły III-rzędnej. W drugim też wypadku czas ten wynosi przeszło 20 lat.

4 letni okres od zakażenia kiłowego, jaki stwierdzamy w pierwszym przypadku, należy bądź co bądź do rzadkości. Ledwie pojedyncze spostrzeżenia przytaczają okres trzechletni. Rozpoznanie w I przypadku było trudne tak długo, jak długo nie wystąpiły objawy ze strony wątroby. Charakterystyczne zmiany w wątrobie, równoczesny obrzęk śledziony, kilkuletnia gorączka bez objawów charłactwa, dodatnie wywiady, Wassermann dodatni i czarodziejskie działanie leczenia przeciwkiłowego uczyniły rozpoznanie łatwem i pewnem. Niemniej jednak rozpoznanie winno być postawione w pierwszych miesiącach wystąpienia cierpienia, gdyby się już wtedy zwróciło uwagę na pewne objawy. Negatywny bowiem wynik badania i leczenia przeciwzimniczego — a ta choroba w pierwszym rzędzie się nasuwała — dalsze trwanie gorączki mimo ustąpienia zapalenia dróg moczowych, brak innych chorób organicznych, tłumaczących trwanie gorączki bez wybitnego upośledzenia podejrzenia winny były rozbudzić podejrzenie gorączki pochodzenia luetycznego, któreby Wasser-

mann i wywiady potwierdziły. Zespół powyższych objawów wraz z obrzękiem śledziony, który wszak często poprzedza wystąpienie III-rzędnych zmiany kiłowych wątroby, lekkie powiększenie tejże przy wykluczeniu innych chorób dałby nam prawdopodobne rozpoznanie, któremu wynik leczenia przeciwkiłowego nadałby cechy pewności. W tym przypadku późne rozpoznanie nie było połączone ze szkodą dla chorej, gdyż nastąpiło zupełne wyleczenie. Pod względem rozpoznawczym drugi przypadek był o tyle łatwiejszy, że istniejące zmiany w układzie krwionośnym w postaci tętniaka aorty na tle kiłowem, dodatni Wassermann wzbudziły podejrzenie, czy płyn nagromadzony w jamie brzusznej nie pochodzi z kiły wątroby. Drobnoguzkowata powierzchnia wątroby z większym guzem w okolicy woreczka żółciowego, dodatnie wywiady i dodatni odczyn Wassermanna, zmiany luetyczne w innych narządach, częściowo dodatni wpływ leczenia czynią nasze rozpoznanie prawdopodobnem. Wykluczenie raka wątroby, wątroby zastoinowej na tle osłabienia serca lub ucisku żył ze strony tętniaka utrwalają nasze rozpoznanie.

Kiła nabyta wątroby w każdej postaci jest bezsprzecznie cierpieniem poważnem, w wielu jednak przypadkach — o ile nie stawiamy rozpoznania zbyt późno — dostępnem naszemu leczeniu. O ile pamiętać będziemy o tem cierpieniu, to z pewnością wcześnie to cierpienie stwierdzimy ku pożytkowi chorych a pomyłki rozpoznawcze staną się rzadkością.

Piśmiennictwo:

1) H. Schlesinger: Syphilis u. innere Medizin, II. T. Die Syphilis der Baucheingeweide. — 2) Kraus u. Brugsch: Spez. Pathol. u. ther. inner. Krankheiten VI. B. II. T. — 3) D. M Wochenschrift 1927, Frank u. Worms: Zur Diagnose u. Therapie spätssyphilitischer Lebererkrankungen. — 4) Wiener Archiv für innere Medizin XV B., H. 1, 1918. Fritz Redlich u. Paul Steiner: Statistische Untersuchungen über Lues u. innere Krankheiten. — 5) J. Węgierko: Przyczynek do przebiegu trzeciorzędnej kiły watroby. P. Gaz. Lek. 1925, Nr. 10. — 6) A. Gluziński: Pol. Arch. Med. wewn. T. I. Z. 1. W sprawie rozpoznania kiły płuc. — 7) F. Białokur: Obrzmienie wątroby śledziony z podniesieniem ciepłoty w przebiegu kiły. Pol. Arch. Med. Wewn. T. IV, Z. II. — 8) W. Mikułowski: Kiła wrodzona gorączkowa u chłopca 14-letniego. P. Gaz. Lek. Nr. 38, 1927. — 9) Prof. L. Korczyński: „O kiłowych schorzeniach narządów wewnętrznych". P. Gaz. Lek. Nr. 15, 16, 17 i 18 z r. 1927.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Jan GREK i Witold ZIEMBICKI. Lwów.

Pół wieku.

Rzut oka na kronikę Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. (1877—1927 *).

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie niema jeszcze swej pisanej historji. Przyszły jego historyk będzie miał zadanie piękne i wdzięczne. Dzieje naszego Towarzystwa są bowiem nietylko odzwierciedleniem ruchu naukowo-lekarskiego, jakiem tętnił Lwów, stolica tej dzielnicy ziem polskich. Usiłowania i prace Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego sięgały daleko poza program naukowo-lekarski. Wyłoniwszy się ze swej szlachetnej Macierzy: *Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich*, dzisiejszego *Towarzystwa Lekarzy Małopolskich*, mającego szczytny cel niesienia pomocy owdowiałej i osieroconej rodzinie lekarskiej, — samo podjęło te wszystkie zadania, jakie obok pracy zawodowej bywają troską codzienną każdego dobrego lekarza - obywatela w najszerszem tego słowa znaczeniu.

Herman w swej *„Kronice"*, poświęconej pierwszemu 30-leciu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego (w r. 1907 [1]) słusznie pisze, że w dziejach naszego Towarzystwa wyróżnić możemy trzy okresy.

„Pierwszy, dla nas jakoby przedhistoryczny, sięga od daty założenia Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich do r. 1877, t. j. roku podziału Towarzystwa na sekcje, dokonanego pracą Biesiadeckiego i Rożańskiego; następujący okres drugi trwa po rok 1901, kiedy to głównie dzięki zabiegom Antoniego Gluzińskiego i Renckiego, Sekcja lwowska Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, emancypując się, przyjęła nazwę *„Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego"*. Odtąd rozpoczął się nowy, trzeci okres, jeszcze nie zamknięty, okres *fermentu*. Te trzy okresy w rozwoju naszego Towarzystwa odpowiadają trzem pierwszym okresom życia ludzkiego. Okres pierwszy — to lata niemowlęce, ząbkowanie i szczęśliwy wiek dziecięcy, dla którego nieświadoma walka o byt i samo życie jest już szczęściem. Okres drugi — odpowiada wiekowi młodzieńczemu: w łonie Sekcji zaznacza się już pewne niezadowolenie ze stanu obecnego, rada porywa się do samodzielnych występów na zewnątrz, na co jednak władza opiekuńcza, to jest Rada Zawiadowcza Towarzystwa Lekarzy Glicyjskich nie pozwala. Na razie bez szemrania znosi się tę kuratelę. Lecz gdy młodzieniec dojrzeje w męża, nieznośnemi stają się mu nawet miękkie i choćby jedwabne pęta macierzyńskie. A właśnie w roku 1901 Sekcja nasza zaczęła dojrzewać w męża i w dążnościach ku zupełnemu usamowolnieniu uzyskała dla się z łatwością, dzięki uprzejmości Rady Zawiadowczej Tow Lekarzy Galicyjskich tytuł dający złudzenie samodzielności i nowy regulamin. Lecz te pozory nie dają dostatecznego upustu dla energji, od lat gromadzonej. Ferment wszczepiony w owym roku działa dalej, rozpoczęto rokowania o pełną swobodę, o zupełną i rzeczywistą samodzielność, wskrzeszono myśl o własnem gnieździe".

Herman zamknął swą „Kronikę" rokiem 1907, obejmując nią, jak wspomnieliśmy, pierwszych 30 lat istnienia Towarzystwa. Zobaczymy, że dopiero w następnem, czwartem dziesięcioleciu „ferment" wspomniany przez niego, wydał dalsze owoce i spowodował dalsze usamodzielnienie w ewolucji naszego Towarzystwa.

Zadaniem naszem będzie „Kronikę" Hermana uzupełnić i trzymając się tej samej metody, doprowadzić ją aż do chwil obecnej. Obejmie ona zatem dalszych lat 20, począwszy od roku 1908.

Na wstępie musimy jednak cofnąć się na chwilę daleko wstecz i zauważyć, że data początków naszego Towarzystwa może być pojmowana rozmaicie.

Historyczną datę, w której *de facto* zorganizowało się we Lwowie pierwsze zrzeszenie lekarskie, mające cel zarówno naukowy, jak humanitarny, jest dzień 2 grudnia 1867.

Jak mówi „Ogólne sprawozdanie z zawiązania się i czynności Towarzystwa lekarzy galicyjskich w roku 1868" [2]) w owym dniu: „...grono lekarzy we Lwowie zamieszkałych uznając potrzebę zespolenia naukowego z jednej, jakoteż czując dotkliwie brak tegoż z drugiej strony, mając dalej na celu utworzenie funduszu ku wspieraniu podupadłych kolegów, również wdów i sierót po nich pozostałych: postanowiło zawiązać Towarzystwo lekarskie".

Prace około statutu trwały już od dnia 12 lutego 1867 [3]). Wreszcie nadeszło cesarskie postanowienie z dnia 8 września, zezwalające „dr. Józefowi Milleretowi i towarzyszom" zawiązać Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich i zatwierdzające statut [4]).

Do zebranych w ślad za tem dnia 2 grudnia prawie w komplecie doktorów medycyny, we Lwowie zamieszkałych, oraz kilku przybyłych umyślnie z prowincji, przemówił dr. Szczęsny Erazm Maciejowski, następnie wszyscy obecni podpisali się na wieczną rzeczy pamiątkę na arkuszu ku temu przygotowanym — jest wśród nich także wspomniany Dr. Józef Milleret, — w końcu nastąpiły wybory „urzędników".

Przewodniczącym został wybrany dr. Szczęsny Maciejowski; jego zastępcą dr. Karol Berthleff: skarbnikiem dr. Franciszek Kosiński; podskarbim dr. Wojciech Wołek; sekretarzami: dr. Zygmunt Rieger i dr. Oskar Widmann; członkami rady zawiadowczej: dr. Józef Finger, dr. Bolesław Głowacki, dr. Józef Molendziński, dr. August Noskiewicz, dr. Herman Witz i dr. Grzegorz Ziembicki (sen.).

Otóż tak ukonstytuowane Towarzystwo rozpoczęło, obok innych czynności, ze statutu wynikających, w r. 1868 także czynności naukowe.

Pierwsze posiedzenie naukowe odbyło się mianowicie dnia 4 stycznia 1868. W ciągu roku 1868 odbyło się takich posiedzeń dziesięć. Z natury rzeczy brali w nich udział wyłącznie członkowie, zamieszkali we Lwowie. Przeciętny udział uczęszczających na posiedzenia wynosił 28 członków, na ogólną liczbę lwowskich członków 59, czyli 50% [5]).

Odtąd nieprzerwanie najpierw raz na miesiąc potem, od r. 1874, na wniosek Widmanna 2 razy miesięcznie powtarzają się te posiedzenia w nieprzerwanej ciągłości [6]).

---

*) Odczytane przez sekretarza stałego, doc. dra Jana Greka na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego w czasie obchodu 50-letniego jubileuszu tego Towarzystwa, dnia 7 lipca 1928 r.

[1]) M. W. Herman: Z kroniki Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego — z powodu 30-letniej rocznicy. *Lwowski Tygodnik Lekarski*, 1908, p. 6. (Także w osobnej odbitce).

[2]) *Rocznik Towarzystwa lekarzów galicyjskich* za rok 1868. Lwów, 1869, p. 5.

[3]) *Przegląd Lekarski* 1867, p. 64.

[4]) *Przegląd Lekarski* 1867, p. 312.

[5]) Rocznik j. w., p. 8.

[6]) Herman: l. c., p. 13.

Możnaby tedy z pewną słusznością, początki naszego Towarzystwa łączyć z rokiem 1868 i obchodzić dziś nie 50-lecie, ale 60-lecie jego istnienia.

Jednakże już Herman przyjął jako pierwszy rok istnienia: rok 1877, a to dlatego, że w tym roku (dnia 17 marca) nastąpił na wniosek Biesiadeckiego podział Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, w myśl szczegółowego projektu Rożańskiego, na Sekcje, zaczem wyłoniła się z niego także Sekcja lwowska.

Nadto gdybyśmy chcieli dalej dociekać, to okazałoby się, że i rok 1868 nie byłby datą najdawniejszą. Zrzeszenie lekarzy lwowskich podobno istniało po cichu już od r. 1862[7]).

Pójdźmy więc za przykładem Hermana i ówczesnego Zarządu, który w r. 1907 obchodził 30-lecie istnienia Towarzystwa[8]) i przyjmijmy, że po 10-letnim okresie przygotowawczym, Towarzystwo nasze rozpoczęło swą działalność w r. 1877, a zatem lat temu 50, organizując się dla celów naukowych jako Sekcja lwowska swej macierzy, przy której pozostały już wyłącznie tylko cele humanitarne.

Posiedzeniom naukowym odtąd nie przewodniczy już prezes Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich ale „naczelnik" Sekcji. Pierwszym z nich był dr. Oskar Widmann, znakomity internista lwowski, prymarjusz szpitala powszechnego i autor wielu prac naukowych, jakoteż podręcznika: „Choroby serca i tętnic"[9]).

Wybór Zarządu sekcji dokonał się dnia 17 marca 1877[10]), a pierwsze pamiętne dla nas posiedzenie naukowe Sekcji odbyło się dnia 1 kwietnia 1877[11]).

Posiedzenie to któremu przewodniczył najpierw zastępca naczelnika Wołek, a potem naczelnik Widmann i w którem wzięło udział 29 członków i 2 gości miało przebieg następujący:

1. Krówczyński: „Framboezja" (odczyt).
2. Krówczyński: Wpływ róży na zmiany kiłowe (odczyt). Dyskusja: Chądzyński.
3. Feigel: Zgorzelina rozległa i rozpad jelita w przepuklinie po zastoinie kałowej *(Obstructio herniae, incarceratio stercoralis)*, (odczyt).
4. Feigel: Wystąpienie glist *(ascaris lumbricoides)* przez otwór w jelicie do jamy brzusznej i zaplątanie w sieci wielkiej (opis przypadku).
5. Feigel: Torbiel więzadła obłego macicy, jako przepuklina operowany (odczyt).

Jako Sekcja lwowska Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich istniało nasze Towarzystwo przez lat 24, t. j. od r. 1877 do r. 1900 włącznie. Pod koniec tego okresu zaszły we Lwowie ważne zmiany. W r. 1894 otwarty został Wydział lekarski, a w r. 1897 zaczęły swą działalność pierwsze kliniki uniwersyteckie. Napływ wielu mężów nauki, wzmożony ruch w Towarzystwie lekarskiem, spowodował rewizję dotychczasowego ustroju Towarzystwa i konieczność zreformowania Sekcji lwowskiej. Na wniosek prof. Emanuela Macheka wybrana została dnia 11 listopada 1898 komisja, mająca się zająć zmianą stosunku Sekcji naszej do Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich[12]). Tejże komisji, na wniosek dra Czesława Uhmy z dnia 12 stycznia 1900 powierzono wypracowanie nowego regulaminu[13]). Sprawę zmiany statutu pod naciskiem Zgromadzenia administracyjnego z dnia 12 stycznia 1900 przedstawiono członkom dnia 23 lutego tegoż roku[14]). Referat wygłosił prezes Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, dr. Józef Merunowicz, projekt odczytał prof. dr. Antoni Gluziński. Projekt zaś regulaminu, opracowany przez prof. Antoniego Gluzińskiego i dra Romana Renckego przedstawili autorowie na posiedzeniu z dn. 30 listopada 1900[15]).

W myśl powziętych uchwał Sekcja lwowska staje się Lwowskiem Towarzystwem Lekarskiem na wzór krakowskiego.

Na wstępie 23 zeszytu „Przeglądu Lekarskiego" z r. 1900, czytamy, że zeszyt ten poświęcają Uniwersytetowi Jagielońskiemu w 500-letnią rocznicę jego istnienia Towarzystwa: Galicyjskie, Krakowskie i Lwowskie. Tu po raz pierwszy na zewnątrz użyty był ten tytuł. Pierwszy protokół z posiedzenia naukowego pod nazwą Twa Lekarskiego Lwowskiego spisany został dnia 19 października 1900[16]). Posiedzeniu temu przewodniczył dr. Feliks Sielski. Dotychczasowemu „naczelnikowi" Sekcji lwowskiej przysługuje tytuł prezesa Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego od dnia 30 listopada 1900[17]).

Pierwsze wybory zarządu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego odbyły się dnia 18 stycznia 1901[18]). Prezesem wybrany został prof. Dr. Adolf Beck.

Wzmagający się ustawicznie ruch naukowy w powstałych zakładach i klinikach uniwersyteckich wpływa coraz silniej na ożywienie posiedzeń Towarzystwa. Posiedzenia dwa w miesiącu zaczynają nie wystarczać. W latach 1906 i 1907 objawia się więc tendencja urządzania ich co tydzień. Posiedzenia osiągają najwyższą dotąd liczbę roczną. W r. 1906 Towarzystwo uznaje założone we Lwowie czasopismo *„Tygodnik Lekarski"* swym organem, który zamieszcza odtąd obszerne sprawozdania z posiedzeń i przyczynia się znakomicie do rozbudzenia tem większego zainteresowania wśród członków.

30-letni jubileusz w dniu 28 grudnia 1907 obchodzony był uroczyście. Towarzystwo z pewną dumą spoglądało na znojną drogę zaszczytnie przebytą, z dumą mogło sobie powiedzieć, że szlachetnej inicjatywy założycieli nie tylko się nie sprzeniewierzyło, ale, że przeciwnie, wielką spuścizną włodarzy z pewnością po ich myśli.

W dniu jubileuszu, w czasie uroczystego posiedzenia, w tej samej wielkiej sali ratuszowej, gdzie przed laty do zgromadzonych lekarzy lwowskich przemawiał Maciejowski, — panował więc nastrój podniosły.

Posiedzenie otworzył ówczesny prezes prof. Antoni Gluziński, dając krótki pogląd na początki ruchu stowarzyszeniowego wśród społeczeństwa lekarskiego ziem polskich wogóle, początki, sięgające roku 1805 kiedy to powstało jako pierwsze: Towarzystwo Lekarskie w Wilnie.

„Pojedyncze usiłowania już nie starczyły, rosło zrozumienie wspólnej pracy, a z dumą powiedzieć możemy — mówił Gluziński — że na ziemiach naszych ruch ten, pomimo przeszkód rozlicznych z historją naszą związanych, stale się rozwija, wyprzedzając nieraz społeczeństwa szczęśliwsze i zasobniejsze".

„Kronika" Hermana wykład prof. Leona Popielskiego „O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań", życzenia, nadesłane ze wszystkich dzielnic Polski, wypełniły program uroczystości, którą uświetniło niemało odczytanie nazwisk pierwszych członków honorowych przez Towarzystwo, z okazji jubileuszu, mianowanych.

Byli nimi:

z Poznania: Dr. Heliodor Święcicki,
z Torunia: Dr. Leon Szuman,
z Warszawy: Prof. Ignacy Baranowski i prof. Julian Kosiński,
z Częstochowy: Dr. Władysław Biegański,
z Krakowa: Prof. Tadeusz Browicz i dr. August Kwaśnicki,
z Genewy: Prof. Zygmund Laskowski,
z Paryża: Marja Curie-Skłodowska,
ze Lwowa: Dr. Edward Festenburg i dr. Józef Merunowicz.

Pamiętna wieczerza w Salach Kasyna Miejskiego, do której zasiadło 200 osób, była zakończeniem uroczystości.

Zamknął się 30-letni okres bodaj czy nie najpiękniejszych, bo młodzieńczych dziejów naszego Towarzystwa. Opisuje go barwnie „Kronika" Hermana, pouczając o najważniejszych tego okresu zdarzeniach, podając mnóstwo ciekawych, pracowicie zebranych szczegółów i stwarzając podstawę dla późniejszych kronikarzy i historyków.

Rokiem 1908 rozpoczęliśmy okres nowy 20-letni, zakończony obecnym obchodem. Jego kronice pragniemy poświęcić krótki rzut oka.

Rozpoczęliśmy go pod hasłem nowej doniosłej dla nas reformy ustroju. Na Walnem Zgromadzeniu delegatów Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w r. 1908 wybrano Komitet, złożony z kolegów: Bednarskiego, Piseka, Macheka, Merunowicza i Renckiego, a mający rozpatrzyć nową zmianę statutu Twa Lekarzy Galicyjskich. W rok później, dnia 4 lipca 1909 zmiana ta przychodzi do skutku. Walne Zgromadzenie Twa Lekarzy Galicyjskich przyjmuje projekt nowego statutu, w myśl którego Towarzystwo Lekarskie Krakowskie przystępuje do Twa Lekarzy Galicyjskich jako Sekcja, z zachowaniem autonomji i to na tych samych podstawach, co Towarzystwo Lekarskie Lwow-

[7]) List ze Lwowa. *Przegląd Lekarski.* 1898, p. 110.
[8]) Dnia 28 grudnia 1907. Zob. sprawozdanie: *Tyg. Lek.* 1908, p. 14.
[9]) Kraków 1879.
[10]) zob. *Dwutygodnik Med. Publ.* I. 1877., p. 120.
[11]) ibidem p. 158.
[12]) *Przegl. Lek.* 1898 p. 624.
[13]) *Przegl. Lek.* 1900 p. 70.
[14]) *Przegl. Lek.* 1900 p. 152.
[15]) *Przegl. Lek.* 1900 p. 743.
[16]) *Przegl. Lek.* 1900 p. 685.
[17]) Regulamin (j. w.) l. c.
[18]) *Przegl. Lek.* 1901 p. 61.

skie, pozostające nadal Sekcją, ale zyskujące również autonomję [19]). Przychodzi więc tem samem do ścisłego złączenia Towarzystw lekarskich w kraju. Zarazem oba pisma t. j. *„Przegląd Lekarski"* organ Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego — i *„Lwowski Tygodnik Lekarski"* — organ Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, — mają odtąd być dostarczane wszystkim członkom (Sekcjom) Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich. Ówczesny prezes Towarzystwa naszego, prof. Rencki, z radością zawiadamia członków na posiedzeniu naukowem z dnia 29 października 1909 o tym fakcie że Tow. Lekarskie Lwowskie rozpoczęło żywot autonomiczny [20]). Było to w wielkiej mierze jego zasługą. W ślad za tem wprowadzono nowe zmiany do regulaminu Towarzystwa [21]), przyjęte przez Walne Zgromadzenie dnia 3 stycznia 1910 [22]). Niemniej ważnym faktem było przejście organu Towarzystwa „Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego" na jego własność [23]). Zaznaczmy tu, że organ nasz, zyskując tem silniejsze podstawy i coraz większą żywotność, wprowadza od r. 1910 dział „Krytyki Lekarskiej", przez co podniósł znakomicie swą wartość i poczytność, bo wskrzesił tradycje niezrównanej warszawskiej *„Krytyki lekarskiej"*, która, jak wiadomo, po 11 latach istnienia (1897—1907) przestała była wychodzić w następstwie zdarzeń politycznych [24]).

Wielką troską natomiast przejęła nasze Towarzystwo dokonana w r. 1910 sprzedaż domu Twa Lekarzy Galicyjskich przy ul. Dominikańskiej 11, gdzie w pięknie urządzonej sali odbywało ono swe naukowe posiedzenia od r. 1898. W związku z tem powstał projekt budowy domu własnego, dotychczas niestety jeszcze nie urzeczywistniony, pomimo zakupienia w r. 1911 realności przy ul. Zyblikewicza 6 [25]), gdyż burza wojenna cały plan uniemożliwiła. Dopiero w ostatnich latach prace komitetu budowy domu pod przewodnictwem prof. Renckiego odsłaniają nową nadzieję.

Bezdomne od r. 1910 Towarzystwo odbywa swe posiedzenia najpierw w sali Instytutu Technologicznego (ul. Bourlarda 5), potem przez krótki czas w Miejskiem Muzeum Przemysłowem (przy ul. Hetmańskiej), wreszcie od dnia 12 stycznia 1912 dotychczas: w Salach Polikliniki Powszechnej (ul. Lindego 5. I. p.).

Tułaczka ta nie osłabia bynajmniej ruchu naukowego. Przeciwnie — w latach 1909 i 1910 za prezesury Renckiego uzyskuje Towarzystwo najwyższą liczbę posiedzeń, bo 36 i 37, nigdy przedtem nie notowaną ani później nie prześcignioną. Próba podjęta w r. 1906 i 1907 urządzenia posiedzeń każdego tygodnia, staje się zasadą. Wyjąwszy ferje świąteczne i letnie wakacyjne, posiedzenia odbywają się stale co piątku i tak już na stałe pozostaje. Ale i to nie wystarcza do wyczerpania programu rocznego i do zaspokojenia potrzeb naukowych, wynikających z pogłębienia specjalnych gałęzi medycyny. W łonie Towarzystwa powstają więc osobne sekcje fachowe: Sekcja oto-laryngologiczna (1908), Sekcja neurologiczno-psychjatryczna (1911), Sekcja balneo-lekarska (1911), nie mówiąc o całym szeregu Komisyj, wybranych już to dawniej, już to wznowionych, już to świeżo powołanych do szczególnych celów, jak referatowa (do redakcji referatów z polskiego piśmiennictwa dla zagranicy), jak przemysłowo-lekarska, jak higjeniczna, jak wreszcie Komitet budowy domu.

Dorobek naukowy Towarzystwa z biegiem lat staje się poważny. Ażeby uprościć jego przegląd, ażeby przyszłym pracownikom ułatwić zestawienia statystyczne, badania teoretyczne, ułatwić im wreszcie korzystanie z nagromadzonego w protokołach materjału, mającego niejednokrotnie znaczenie pierwszego źródła, przyjęto zwyczaj sporządzania odbitek książkowych z rozproszonych w czasopiśmie protokołów [26]).

Jak wszystkie dziedziny życia, tak i nasze Towarzystwo doznaje potężnego ciosu wskutek wojny światowej. W sierpniu 1914 roku przychodzi do ewakuacji Lwowa. Prezes Towarzystwa Dr. Kalikst Krzyżanowski, zmuszony jest, jako inspektor sanitarny byłego Namiestnictwa, przenieść się wraz ze swą władzą daleko na zachód. Ten sam los dotyka wielu innych przedstawicieli Zarządu Towarzystwa i jego członków. Jesienią 1914 r. po raz pierwszy od założenia Towarzystwa nie otwierają się gościnne podwoje sali posiedzeń, tak ożywionej zawsze po ferjach letnich. Towarzystwo Lekarskie milknie. Stan ten trwa także przez cały rok 1915. Dopiero w dniu 3 grudnia 1915 gromadzi się 37 członków Towarzystwa na posiedzeniu, któremu przewodniczy ś. p. prof. Paweł Kucera [27]), poświęcając na wstępie wspomnienie dwunastu członkom Towarzystwa, których od wybuchu wojny śmierć zabrała.

Ziembicki Grzegorz, Borzęcki W., Chomin A., Czarnik St., Elektorowicz E., Kołaczkowski A., Kruszyński S., Krygowski I., Lazarus, Lisicki, Świątkowski J., Turnau K.

Żałobny ten szereg otwiera przewodniczący wspomnieniem, poświęconem wieloletniemu członkowi i b. prezesowi Towarzystwa, ś. p. prof. Grzegorzowi Ziembickiemu, który w czasie inwazji rosyjskiej we Lwowie oddał ludności naszego miasta, jak wiadomo, wielkie usługi.

Po smutnej odzywa się wszakże i nuta promienna radością. Prof. Rencki odczytuje tekst depeszy, wyrażającej od Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego życzenia dla nowootworzonego Uniwersytetu i Polikliniki w Warszawie [28]), a w niecały rok później, dnia 10 listopada 1916 prezes Kucera wyraża w gorących słowach radość z powodu częściowego spełnienia się naszych pragnień narodowych. Towarzystwo wysłało wtedy adresy do bratniego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, do prezydenta miasta Warszawy i do rektora Uniwersytetu Warszawskiego [29]).

Odtąd posiedzenia, o ile możności 2 razy w miesiącu, zaczynają się już powtarzać. Dowiadujemy się o nich z gościnnego „Przeglądu Lekarskiego", który je publikuje, zastępując nasz organ „Tygodnik Lekarski", od wybuchu wojny niewychodzący. Bratnie Towarzystwo Lekarskie Krakowskie nie zapomina też o ważnej dacie, jaką w cichości obchodzi we Lwowie b. Towarzystwo lekarzy Galicyjskich i z powodu jego 50-lecia nadsyła depeszę z życzeniami dla naszego Towarzystwa, którą przewodniczący śp. dr. Władysław Kohlberger odczytuje dnia 7 grudnia 1917 [30]).

Gdy miasto nasze, położone na szlaku walk i przemarszów wojennych, skrzepiło nieco swe siły, już i Towarzystwo Lekarskie odzywa się donośniej i objawia troskę o najważniejsze postulaty społeczeństwa. Kronika lat 1917 i 1918 wykazuje znowu bujniejszy lot myśli organizacyjnej. Towarzystwo upomina się o udział w pracach nad odbudową kraju (1. VI. 1917), bierze udział w ankiecie zwołanej do Krakowa dla ustalenia zasad organizacji sanitarnej na ziemiach polskich (25. VI. 1917), interwenjuje w sprawie uruchomienia zdrojowisk (15. VI. 1919), w sprawie zwalczania gruźlicy (13. XI. 1917), chorób wenerycznych (30. I. 1918), epidemji grypy (jesień 1918), wreszcie w sprawie grożącej epidemji chorób zakaźnych w chwili powrotu jeńców wojennych (1. III. 1918); wybiera komisję do współpracy w wydaniu nowej farmakopeji austrjackiej (26. X. 1917), żąda odpowiedniej liczby urzędników-polaków w tworzącem się we Wiedniu Ministerstwie Zdrowia (7. XII. 1917). Ale wszystko to nie przeszkadza mu brać udział i w takich zadaniach, jak prace ankiety, zwołanej przez Towarzystwo Prawnicze dla ujednostajnienia pisowni polskiej [31]).

Wśród zmiennych wieści politycznych, wśród zmiennych nastrojów uderza nagle nowy grom w społeczeństwo polskie. Brześć Litewski! Na znak żałoby i protestu z powodu zamierzonego czwartego rozbioru Polski posiedzenie Towarzystwa naszego dnia 15 lutego 1918 zostaje zamknięte. Po przemówieniach prezesa ś. p. Józefa Hornowskiego i skarbnika, Jana Lenartowicza, zgromadzeni uchwalili następującą rezolucję:

„Towarzystwo Lekarskie Lwowskie zgodnie z całym narodem polskim podnosi protest przeciw jaskrawemu pogwałceniu wszelkich zasad moralności i prawa narodów przez państwa centralne, oraz piętnuje chytry i nikczemny układ, zawarty w Brześciu przez przedstawicieli dyplomatycznych tychże państw" [32]).

Na szczęście stan przygnębienia nie trwał już długo. Przez „dymy pożarów" i „kurze krwi bratniej" poczynała już świtać „jutrzenka swobody". Nadeszła jesień 1918 roku. Lwowem wstrząsnęła jeszcze okropna walka, do wiosny 1919 trwająca, w czasie której wszelki ruch umysłowy zamarł, — jakby kultura wstrzymała się w swym pochodzie, — a więc i nasze Towarzystwo odezwało się dopiero dnia 6 maja 1919 [33]), a odezwało się życzeniami z powodu otwarcia Uniwersytetu Poznańskiego [34]). Potem jeszcze uczuliśmy na sobie z bliska oddech złowrogiej burzy od wschodu; ale gdy jej fale rozbiły się o młode piersi naszej armji i opadły

[19]) *Tyg. Lek.* 1909. p. 335.
[20]) *Tyg. Lek.* 1909. p. 518.
[21]) *Tyg. Lek.* 1909. p. 581.
[22]) *Tyg. Lek.* 1910. p. 18 i 33.
[23]) *Tyg. Lek.* 1910. p. 33.
[24]) Szumowski: Warszawska „Krytyka Lekarska„ *Tyg. Lek.* 1910. p. 16.
[25]) *Tyg. Lek.* 1912. p. 40.
[26]) Po raz pierwszy odbitki te wprowadził w r. 1906 i 1907, ówczesny sekretarz, dr. W. Ziembicki.

[27]) *Przegl. Lek.* 1916. p. 63.
[28]) *Przegl. Lek.* j. w.
[29]) *Przegl. Lek.* 1917. p. 84.
[30]) *Przegl. Lek.* 1918. p. 31.
[31]) Zob.: Protokoły z posiedzeń Zarządu (12. VI. 1918).
[32]) *Przegl. Lek.* 1918. p. 212.
[33]) *Przegl. Lek.* 1919. p. 232.
[34]) Ibidem.

bezsilne na odwiecznem przedmurzu cywilizacji i chrześcijaństwa, wtedy wraz z całym narodem i Towarzystwo nasze w r. 1921 rozpoczyna już systematyczną pracę dla odrodzonej Ojczyzny. I wielką była radość nasza, gdy zebrani dnia 2 grudnia 1921 członkowie wybierali delegatów Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego na obchód 100-lecia Towarzystwa Lekarskiego stolicy państwa [35]).

Dok. nast.

OCENY.

Prof. S. Citteli (Catania): *Malattie del naso e della gola.* Wydanie drugie, str. 686, 234 ilustracyj i 3 tabliczki kolorowe. (Torino).

Przed kilku tygodniami zdaliśmy na tem miejscu sprawę z pierwszej części otolaryngologji tego autora pod tytułem: „Choroby uszne" Obecnie mamy przed sobą drugą część, która wprawdzie nosi skromny tytuł: „Choroby nosa i gardła", w rzeczywistości obejmuje ona także choroby krtani, tchawicy, oskrzeli i przełyku.

Naogół znajdujemy tu te same wady i zalety co w części pierwszej, przedewszystkiem zbyt powierzchowne omówienie stosunków anatomicznych i fizjologicznych, co może spowodować pewne trudności dla początkujących; należy jednak podziwiać jasność i przejrzystość wykładu, który w zwięzłych słowach daje doskonały obraz omawianych chorób.

Indywidualność autora wybija się przy każdej sprawie spornej przez zaznaczenie jego osobistego zapatrywania. Dla zapobiegania leczenia krwawień w górnych drogach oddechowych poleca autor podskórne wstrzykiwania przysadki mózgowej. Zresztą metodę tę podał autor jeszcze w r. 1912 i stosuje ją także przy krwiopluciu. Dla dokładniejszego oczyszczenia sklepienia jamy noso-gardłowej od strupów w suchym zanikającym nieżycie podał autor kaniulę, którą przeprowadza przez nos aż do miejsca chorego; w ten sposób można strupy z łatwością wypłukać. Nakłucia jamy szczękowej wykonywa autor nie przez przewód nosowy dolny, ale przez dół szczęki *(fossa canina)* i uważa tę metodę za lepszą i dokładniejszą niż nakłucie przez przewód nosowy.

Autor zwraca szczególną uwagę na istnienie gardlanej przysadki pozaczaszkowej *(Hypophysis pharyngea)*, opisuje jej budowę i topografję tudzież omawia obszernie stosunki zachodzące między tą przysadką a zatoką klinową. Histologja normalna i patologiczna jako też klinika i doświadczenia uczą, że patologja jamy nosowej i zatoki klinowej mogą wywołać choroby układu przysadkowego. W tym związku łatwiej zrozumieć powstanie tak zw. *Syndrome psychica* t. j. zespołu objawów, pojawiającego się nierzadko w wyroślach adenoidalnych, nowotworach jamy nosogardłowej, w chorobach zatoki klinowej; podobny zespół występuje w chorobach przysadki mózgowej. W przypadkach tych po usunięciu zmian w gardle lub zatoce — należy podawać wewnętrznie lub podskórnie wyciąg z przysadki mózgowej.

Wyłuszczenie migdałków należy wykonać w przypadkach bezwzględnie wskazanych — i to tylko w znieczuleniu miejscowem przyczem lepiej nie po obu stronach równocześnie.

U dzieci o ile możności unikać tego zabiegu — a przynajmniej zostawić kawałek tkanki na jednym migdałku w okolicy dolnego bieguna.

Z pośród metod operacyjnych przysadki mózgowej daje autor pierwszeństwo metodzie nosowej jako najprostszej i najmniej niebezpiecznej. Autor podaje własną modyfikację operacji nosowej, zasługującą na uwzględnienie.

Na uwagę zasługuje gruntowne i wyczerpujące omówienie intubacji i rozcięcia tchawicy, przyczem autor poleca w pewnych zwężeniach górnych dróg oddechowych racjonalne kombinowania obu tych zabiegów.

W osobnym rozdziale omówione są nerwice mieszane krtani a mianowicie hyperkinetyczne i czucioworuchowe, przyczem trudno jest oznaczyć, które objawy kliniczne należy przypisać nadmiarowi pobudliwości ruchowej mięśni krtaniowych a które nadwrażliwości czuciowej. W ostatnim rozdziele określone są choroby dolnej części gardła, przełyku, tchawicy i oskrzeli w zakresie laryngologji z opisem metod endoskopijnych, przyczem autor poleca szczególnie często stosowanie sondy przełykowej.

Drugie wydanie dzieła umożliwiło autorowi uwzględnić ostatnie postępy i najnowsze zdobycze nauki z tej dziedziny. 234 ilustracyj w tekście i 3 tabliczki kolorowe, uzmysławiają różne obrazy zapalenia gardła, chorób krtaniowych i obcych ciał w przełyku i oskrzelach co ułatwia znakomicie zrozumienie treści. Druk, forma zewnętrzna dzieła jak w pierwszej części pochwały godne.

Spira, sen.

[35]) *Polska Gaz. Lek.* 1922. p. 120.

Dr. Alexander, Dr. Beckmann: *Roentgenatlas der Lungentuberculose des Erwachsenen.* II Teil. 1928. Tuberculose Bibliothek. Nakład: Johann Ambrosius Barth. Lipsk.

Celem części I. wydanej w roku 1927, było przedstawienie poszczególnych form gruźlicy płuc, form podstawowych, nie zaciemnionych dodatkowemi sprawami (progresja, segresja, komplikacje).

W części II. ujęte są przypadki obejmujące rozmaite możliwości przebiegu gruźlicy płuc. Przytoczonych przypadków 57 z dołączonemi szczegółowemi historjami chorobowemi, oraz zdjęciami roentgenowskiemi dokonanemi wielokrotnie, w dłuższych, kilkomiesięcznych przerwach. Serjowe zdjęcia pozwalają autorom na wysnuwanie wniosków, tyczących się najnowszych badań, odnoszących się do gruźlicy płuc.

We wstępie ujęty krótko przebieg prac nad gruźlicą (zwłaszcza jej podziałem na *tuberculosis exsudativa i productiva*).

W końcowej części omówiona djagnostyka różniczkowa (z materjału sanatoryjnego) oparta na przedstawionych w podręczniku przypadkach.

Atlas wydany starannie, daje obszerny i wyczerpujący pogląd na roentgenologję gruźlicy płuc.

Dr. Przybylski (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 6, z czerwca 1928: K. Stołyhwo: Zagadnienie typów konstytucyjnych. — E. Sapieżyna: W sprawie art. „Przyczyny stałego zmniejszania się praktyki prywatnej lekarza-dentysty. — J. Biernacki: Na marginesie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 28, z 8 lipca 1928: Sprzedaż środków leczniczych w aptekach. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — Jako dodatek: „Rośliny lecznicze i przemysłowe", miesięcznik, rok I, zeszyt 1 za lipiec 1928, zawiera W. J. Strażena: Wczesna odmiana brunatna Soji szorstkiej (Soja hispida Moench. Var. Tangera), aklimatyzowana w ogrodzie roślin lekarskich U. S. B. w Wilnie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 20, z 5 lipca 1928: H. Brokman: Współczesne metody zwalczania płonicy. A. Landau, J. Glass, J. Held, J. Bauer: O wpływie podskórnego i śródskórnego wprowadzenia mleka na zachowanie się leukocytów u człowieka (Studia nad leukocytozą i leukopenja) (dok.). — St. Kramsztyk: Współczesny stan nauki o środkach odżywczych (Streszcz. zbior.). — Z. Szymanowski: W sprawie zjadliwości laseczki Banga dla człowieka (Polemika). — J. Rajchman: Działalność i zamierzenia Ligi Narodów a organizacja higjeny (c. d.).

Polski Czerwony Krzyż, rok VIII, nr. 6 z r. 1928: B. Zakliński: Czego mamy żądać od naszych drużyn ratowniczych. — F. J. Różycki: Lotnictwo sanitarne. — L. Z.: O higjenie współczesnego ubioru kobiecego. — St. Potocka: Szkoły dla pielęgniarek w Anglji i Ameryce. — J. Dzierżanowska: Głos w sprawie pielęgniarstwa. — Czerwony Krzyż zagranicą. — Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża. — Dział urzędowy Zarządu Gł. P. C. K.

Dziecko i matka, rok III. nr. 13 z r. 1928: M. Czerkawska: Szczęśliwy ogród. — St. Lewartowiczówna: Wychowawcze znaczenie wsi. — St. Skarbek: Z letnich utrapień. — W. Prażmowska: Wrogowie i przyjaciele (z cyklu „Spacery z dziećmi). — Fr. Ks. Cieszyński: Promienie słoneczne. — M. Biehler: Morze, jako czynnik leczniczy. — M. Biernacka: Plaża i kąpiel morska. — P. Gleich: Wymioty u dzieci (dok.). Obiady dla dzieci.

Medycyna, rok II, nr. 26—27, z 7 lipca 1928: A. Straszyński: Rokowanie w chorobach wenerycznych, a odpowiedzialność lekarska. — P. Demant: Stężenie elektrolitów w żółci pod wpływem blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego. — J. Goldinberg: W sprawie leczenia przewlekłego, wrzodziejącego zapalenia kiszek grubych. — R. Kołakowski: Spostrzeżenia kliniczne nad Causyth'em. — H. Higier: Nieco z lecznictwa, dietetyki i higjeny żydów starożytnych.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 21, z 12 lipca 1928: J. van Breeman: Orjentacja kliniczno-fizjologiczna w rozpoznawaniu przewlekłych schorzeń gośćcowych. — R. Marku-

szewicz: Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci. — St. Kramsztyk: Współczesny stan nauki o środkach odżywczych (Streszcz. zbior. dok.). — M. Saidman: Wrażenia z wycieczki do Leysin. — L. Rajchman: Działalność i zamierzenia Ligi Narodów a organizacja higjeny (dok.).

Kronika dentystyczna, rok XXIII, nr. 1—2, za styczeń i luty 1928: Fabicki: Buljony szczepionkowe Besredki (antivirus). — S. Kramsztyk: Ropne zapalenie dziąseł i zarodków zębowych u dziecka na tle ogólnego zakażenia. — Regelman: Proteinoterapja. — Hentze: Schorzenia zębów, choroby zawodowe.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydz. lek. U. S. B., rok IV, zeszyt 3, za maj 1928: S. Trzebiński: Wiadomość o piśmie Heymana Benedykta przez Józefa Korzeniowskiego. — W. Jabłonowski: Wskazania do operacyj w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej. — A. Kapłan: Insulina a schorzenia wątroby. — J. Muszyński: Głóg (Crataegus), nowy nieszkodliwy środek nasercowy. — J. Zienkiewicz: O leczeniu stovarsolem niemowląt i dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną. — H. Kaulbersz-Marynowska: Przypadek meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o nietypowym przebiegu. — A. Wirszubski: Przypadek „Encephalopathiae traumaticae".

Dziecko i matka, rok III, nr. 11 z r. 1928: L. Krzemieniecka-Wolicowa: Matka. — H. Mortkowiczówna: Najmędrsza miłość. — H. Leszczyńska: O wdzięczności. — F. Kruszewska: Najlepsze słowo. — Z. Miszewska: Matka w belestrytyce dziecięcej. — J. P.: Dar imieninowy. — M. Miłobędzka: Wpływ wychowania fizycznego na macierzyństwo. S. Szuman: Psychika chorego dziecka. — S. Zygiern-Korn: Matka jako pielęgniarka. — Fr. Ks. Cieszyński: O grypie. — Obiady dla dzieci.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, nr. 14, z 15 lipca 1928: Sprawozdanie z posiedzenia Zarządu głównego i Wydziału wykonawczego Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Zrzeszenie lekarzy Kasy chorych m. Warszawy. — Izby lekarskie.

Lekarz Polski, rok IV, nr. 7, z 1 lipca 1928: M. Zachert: Statystyka i rozsiedlenie jaglicy w Polsce. — W. Judym: Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej. — E. Wajs: Kilka uwag o wolnym wyborze lekarza. — Pierwsze posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia 30. IV. 1928 r. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 4, za lipiec 1928: M. Kosiński: Gruźlica chirurgiczna. — R. Drezdner: Trzy wyleczone przypadki zakażenia ustnego (Oralsepsis). — St. Kramsztyk: W sprawie ambulatoryjnego leczenia najpospolitszych objawów i zaburzeń odżywiania u niemowląt. — J. Fels: O wartości ciśnienia tętniczego. — J. Hozer: Luźne uwagi nad statystyką chorych w Kasach chorych. — J. Heller: Chemja lekarza praktyka. — O. Salamander: Ustawa o ubezpieczeniu społecznem we Francji. — Krótkie wiadomości lekarskie. — Choroby zakaźne. Lecznictwo kasowe.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 29, z 15 lipca 1928. Inż. N. Sienkiewicz: Otrzymywanie1,8 — dwuoksyantrachinonu (Istyzyny). — K. Wenda: Wiedza przyrodnicza w dawnych aptekach. — Saponiny. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Z praktyki zawodowej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo angielskie.

American Journal of Obstetrics and Gynekology.

Vol. XIV. Nr. 4.

J. Sampson (Albany N. Y.): *Endometriosis otrzewnej skutkim miesiączkowego rozproszenia błony śluzowej macicy w jamie brzusznej.* W pracy tej autor przytacza nowe dowody na poparcie swej teorji.

Szereg obrazów wykazuje wszczepienie się nabłonka błony śluzowej macicy na otrzewnej i jajniku, jakoteż obecność cząsteczek błony śluzowej macicy w trąbkach po miesiączce. W jednej trąbce błona śluzowa podobna do błony śluzowej macicy wykazuje przemiany miesiączkowe.

E. Novak (Baltimore Md.): *Przerzuty raka ciała macicy w jajnikach. Czy implatacja przez trąbki jest koniecznym warunkiem?* Na podstawie obszernego piśmiennictwa i własnych badań sądzi autor, że przerzuty raka ciała macicy w jajnikach powstają najczęściej na drodze naczyń chłonnych. Dowodzą tego mikrofotogramy. Na 147 przypadków raka ciała macicy znalazł autor 7 razy przerzuty w jajniku. Norris i Vogt na 115 przyp. widzieli jedynie 2 razy przerzuty w jajniku i 1 raz w trąbce. Schottländer i Kermauner 3 na 140. Zagadnienie drogi, któremi posuwają się przerzuty łączy się ze sprawą „endometriosis", gdyż Sampson na poparcie owej teorji powołuje się na ten właśnie sposób powstawania przerzutów. Jednakowoż badania drobnowidowe jakoteż i ogólno-patologiczne doświadczenia przemawiają bardziej na korzyść dróg chłonnych jako najczęstszych w powstawaniu przerzutów raka.

J. C. Masson (Rochester, Minn.): *Całkowite wycięcie czy nadpochwowe odcięcie macicy?* W klinice Mayo wykonano w ciągu roku 1926 229 razy całkowite wycięcie macicy i miano 3 wypadki śmierci (1.3% śmiertelności). Na 217 przypadków nadpochwowego odcięcia macicy było 4 wypadków śmierci (1.8% śmiertelności). W ostatnich 5 latach widziano w tejże klinice 29 przypadków raka kikuta, z tych 21 wystąpiło po roku, a nawet wcześniej, w 45 przypadkach utrzymywały się stale odchody. Zdaniem autora technika operacyjna stoi dziś tak wysoko, że obecnie nie istnieją już względy, któremi jeszcze do niedawna się kierowano. Dokładny szew na wiązadła okrągłe, krzyżowo-maciczne i obszycie pochwy wraz z naczyniami macicznemi sprawia, że pochwa utrzymuje się w prawidłowem położeniu i nie wytwarza sie przepuklina pochwowa. Aby zapobiegać zakażeniu w czasie otwierania pochwy radzi autor dokładne wytarcie pochwy przed operacją $3^1/_2$% nalewką jodową, a w przypadkach ropnego zapalenia błony śluzowej macicy lub rozpadających się, podśluzowych włókniaków, zeszycie ujścia zewnętrznego. Przydatki pozostawia jedynie kobietom poniżej 40 lat. Co do szczegółów technicznych, to otwiera on najpierw tylne sklepienie i wyciera pochwę nalewką jodową. Aby uniknąć powikłań pooperacyjnych radzi autor zmianę ułożenia chorych, ćwiczenia oddechowe (nadymanie baloników dla zabawy) i podawanie wyciągów tarczycy, co ma zapobiegać zatorom płucnym. Liczne ryciny przedstawiają sposób operowania używany w klinice Mayo.

R. Peterson (Ann Arbor, Michigan): *Przeszczepianie moczowodów do jelita u chorych z niedającemi się uleczyć przetokami pęcherzowo-pochwowemi.* Opis dwóch przypadków uleczonych tą metodą. Jedna chora zatrzymuje mocz w kiszce stolcowej 4, druga zaś 8 godzin. Wypróżnienie prawidłowe, zdolność do pracy zupełna. Brak jakichkolwiek objawów zakażenia nerek. Przeszczepianie moczowodów pojedyńczo, między jedną a drugą operacją 5—8 tygodni, gdyż równoczesna obustronna operacja wydaje się autorowi zbyt ryzykowna i niebezpieczna. Równoczesne operacje zapobiegawcze ciąży niepotrzebne, gdyż — jak dowodzi przypadek Mayo — ciąża i poród przebiegają prawidłowo. Dokładny opis metody.

J. B. De Lee (Chicago, Hl.): *Dwie nowe teorje powstawania pęknięć szyi w czasie porodu.*

Fr J. Taussig (St. Louis, Mo): *Wody płodowe i ich różnice ilościowe.* Zestawienie autora obejmuje 32 przypadków wielowodzia i 1 przypadek skąpych wód płodowych. W ocenie stosunków chemicznych i histologicznych odnośnie do wód płodowych, łożyska i błon opiera on swe wnioski na szczegółowych badaniach przeprowadzonych w 100 prawidłowych przypadkach.

Pewnej przyczyny wielowodzia nie udało się wykazać; zaburzenia rozwojowe zdarzają się zarówno w nadmiernych, jakoteż i w skąpych wodach płodowych. W materjale autora szczególnie często występował *anencephalus*, a zaburzenia rozwojowe wogóle występowały w 22% przypadków. Możliwe, że martwice w owodni wpływają na częstość wielowodzia, podobnie jak i stan powłok brzusznych. Wielowodzie częściej zdarza się bowiem u wieloródek, zaś nadmiernie skąpe wody płodowe spostrzegano częściej u pierwiastek.

Na podstawie swych badań przypisuje autor owodni czynność wydzielniczą. Ciała barwikowe przechodzą z ustroju matki wprost do wód płodowych, bez współudziału krążenia płodowego. Wody płodowe zawierają domieszkę moczu, lecz jedynie w małych ilościach.

Ilości wód płodowych w badanych przypadkach wynosiły od 2 do 12 litrów. Wzmożona wydzielina stoi prawdopodobnie w związku z wielkością powierzchni części łożyskowej owodni.

R. R. Smith (Grand Rapids, Mich.): *Wole i stosunek tego cierpienia do ginekologji.* Autor zwraca uwagę na zmienny i nie dający się ująć w systematyczne prawa wpływ tego cierpienia na czynność narządu rodnego. Należy zważać na wysokie ciśnienie krwi systoliczne i niskie diastoliczne, zwłaszcza, jeżeli równocześnie tętno jest szybkie. Może to mieć znaczenie rozpoznawcze i dać pewne wytyczne co do ewentualnych zabiegów operacyjnych. Jeżeli chora nie zgadza się na radykalną operację wola,

należy przed operacją ginekologiczną zastosować leczenie farmakologiczne. Przypadków, w których istnieją poważne objawy toksyczne, lepiej nie operować.

A. H. Bill (Cleveland, Ohio): *Leczenie przodującego łożyska zapomocą zapobiegawczego przetaczania krwi i cięcia cesarskiego.* Śmiertelność z powodu przodującego łożyska wynosi 10%, zaś usadowionego centralnie nawet 25%. Najczęściej przyczyną bywa krwotok poporodowy. Dla powstawania i skutków tych krwotoków mają znaczenie stan rodzącej i sposób rozwiązania jej. Jako niebezpieczne należy uważać te wszystkie sposoby rozwiązywania rodzącej, które mają spowodować lub ułatwić powstanie silnych krwawień. Utrata krwi wywołuje poporodową atonię, która znów jest przyczyną krwotoków. Często atonja jest tak znaczna, że wszystkie środki zawodzą i od śmierci może kobietę uratować jedynie przetaczanie krwi wykonane zapobiegawczo. Autor stosuje ten sposób w każdym przypadku przodującego łożyska, o ile liczba czerwonych ciałek krwi wynosi mniej aniżeli 3 miljony, a ciśnienie krwi jest niższe od 90 — 100 mg Hg, oczywiście o ile jest jeszcze dość czasu i stan chorej na to pozwala. Autor jest zdania, że przyczyną atonii i groźnych dla życia krwotoków są wszystkie metody rozwiązywania rodzącej z łożyskiem przodującem polegające na rozszerzaniu szyi. Jako jedynie celowe i bezpieczne postępowanie uważa on cięcie cesarskie.

W dyskusji nad tą sprawą na posiedzeniu amerykańskiego Twa Ginekologicznego Piper zwrócił uwagę na to że decyzja co do cięcia cesarskiego w przypadkach przodującego łożyska zależy od postępu w rozwieraniu się szyi. Jakkolwiek i metoda pochwowa prowadzi nieraz do celu zwłaszcza o ile szyja jest dostatecznie rozwarta, to jednak operacja brzuszna wydaje się lepsza.

Watson nie uznaje ogólnych prawideł leczenia, któreby nadawały się do wszystkich przypadków. Każdy przypadek jest różny i musi być odrębnie traktowany, a wyniki zależne są od tego, czy pomoc lekarska może być udzielona dość wcześnie. Dlatego porody z przodującem łożyskiem należą bezwzględnie do klinik i zakładów położniczych, gdzie jedynie można w każdej chwili przystąpić do zabiegu. Holmes i de Lee polecają jako metodę cięcie cesarskie śródotrzewnowe, a Rucker i Bill zwracają uwagę na doniosłe znaczenie jakie dla wyniku leczenia posiada wcześnie i zapobiegawczo wykonane przetaczanie krwi, które ich zdaniem jest konieczne i stanowi najważniejszy czynnik leczniczy.

G. B. Miller (Washington D. C.): *Operacja czy leczenie energją promieniotwórczą radu guzów macicy?* Autor stoi na stanowisku, że naświetlania promieniami radu nie dają lepszych wyników, aniżeli dobrze wykonana operacja. Wszystkie przypadki raka ciała macicy należy bezwarunkowo operować: co do raka szyi to celem usiłowań powinna być jak najdalej idąca poprawa techniki operacyjnej.

J. O. Polak, A. D. Kirk (Brooklyn, N. Y.): *O przetaczaniu krwi w schorzeniach położniczych i ginekologicznych.* Jakkolwiek przetaczanie krwi nie jest zupełnie pozbawione niebezpieczeństw, to jednak w pewnych nadających się do tego przypadkach staje się środkiem ratującym życie chorej. Zestawienie autorów obejmuje 260 przypadków przetaczania krwi, z których jedna tylko chora zmarła skutkiem tego zabiegu. Była to chora posiadająca ciężką, nieskompensowaną wadę serca i niedokrwistość znacznego stopnia, powodowaną krwawieniami z włókniaka macicy. Przetoczono jej 200 ccm krwi, która to ilość okazała się za duża dla schorzałego mięśnia sercowego.

W innych przypadkach (w 23%) występowały lekkie powikłania w postaci dreszczów, podwyższenia ciepłoty, przyśpieszenia tętna. Autor sądzi, że objawy te nie mogły być wynikiem ewentualnego błędu w oznaczaniu grup, gdyż przynależność grupową danej chorej badano w każdym przypadku bardzo dokładnie i pomyłki należy uważać za wykluczone. O ile bowiem zachodzi wątpliwość co do grupy krwi danej chorej, to, zdaniem autora, lepiej zrezygnować zupełnie z przetaczania. Jako wskazania w zestawieniu tem były: gorączka połogowa, zapalenia macicy i przymacicza, abscesy w jamie Douglasa, zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie żył, zakażenie ogólne i krwawienia w czasie i po porodzie, jakoteż młodzieńcze.

Bardzo dobre działanie ma przetaczanie krwi przed większemi zabiegami operacyjnemi dla poprawy ogólnego stanu chorej, pobudzenia narządów krwiotwórczych i zwolnienie tętna. Przeciętnie przetaczano około 300 ccm, największa ilość wynosiła 800 ccm.

B. C. Corbus (Chicago, Ill.): *Zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży.* Na podstawie badanych 30 chorych autor przekonał się, że cierpienie to nieustępuje z końcem ciąży, należy je zatem po przejściu ciąży leczyć.

Sądzi on też, że cierpienie to najczęściej istnieje już przed wystąpieniem ciąży.

E. C. Lyon (New York, N. Y.,: *Badania nad przedwczesnemi porodami wśród 4000 porodów.* Zestawienie statystyczne nie nadające się do krótkiego streszczenia.

Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 15. II. 1928 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych: 70.

Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci członka Towarzystwa ś. p. Dra Filipkiewicza. Przyjęto 2 nowych członków: Kpt. Dra Krudowskiego i Dra Malinowskiego.

Kol. Blasberg przedstawia przypadek *meningitis cerebrospinalis* leczony skutecznie wstrzykiwaniami surowicy.

W dyskusji Kostrzewski: nie wchodząc w mechanizm działania surowicy swoistej, wyjaśnia, że wstrzykiwanie jej do wnętrza worka opon mózgowo-rdzeniowych jest zrozumiałe, natomiast wstrzykiwanie jej zewnątrz worka opon mózgowo-rdzeniowych z myślą zadziałania bezpośredniego na sprawę toczącą się we wnętrzu worka oponowego jest rzeczą chybioną, wobec tego, że z krwiobiegu tylko znikome ilości surowicy wstrzykniętej przechodzą przez opony do wnętrza worka oponowego. Odwrotnie surowica wstrzyknięta do wnętrza worka opon mózgo-rdzeniowych, bardzo szybko dostaje się zeń do krwiobiegu, więc na zewnątrz miejsc wstrzykniętych.

Dr. Blasberg podziela zdanie Doc. Kostrzewskiego i uważa jednak, że należy dla zapobieżenia meningococcemji stosować surowicę ogólnie.

Kol. Ściesiński przedstawia okazy makroskopowe i preparaty mikroskopowe uzyskane na sekcji kobiety 53-letniej zmarłej wśród objawów zapadu. W przypadku tym znaleziono poza rozedmą płuc i rozszerzeniem serca prawego gruczolakoraka żołądka, w jelicie biodrowym kilka zwężeń w postaci zgrubień wałkowatych okrężnie przebiegających na błonie śluzowej w okolicy zwężeń i w okolicy kątniczej owrzodzenia o cechach makroskopowych niepewnych co do ich przyrody. Na otrzewnej jelita biodrowego w okolicy zwężeń guzki drobne płaskie szarawe niektóre łudząco podobne do gruzełków. Mikroskopowe badanie wykazało, że owrzodzenia w jelicie biodrowem są przyrody gruźliczej (poza owrzodzeniami nie znaleziono nigdzie w ustroju gruźlicy), że zaś guzki na błonie surowiczej są przerzutami rakowemi, które wywołując zrośnięcia blaszek otrzewnej trzewnej jelita biodrowego sprowadziły w kilku miejscach wymienione wałkowate zwężenia, natomiast sprawa gruźlicza usadowiła się w tych właśnie miejscach zajętych przez sprawę nowotworową przerzutową. W gruczołach krezkowych danych odcinków znaleziono liczne rozsiane typowe gruzełki, w zatorach brzeżnych przerzuty rakowe (autoreferat).

Kol. Rost i Kol. Nowicki przedstawiają przypadek ropnia mózgu operowanego na klinice chirurgicznej.

W dyskusji zabiera głos Doc. Zieliński który mówi o afazji amnestycznej. Prelegent podkreśla, że objaw ten należało wziąć pod uwagę obok innych objawów przy różnicowaniu w powyższym przypadku.

Dr. Kramsztyk z Warszawy wygłasza odczyt p. t. *O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o radjoaktywnem działaniu żelaza.*

W dyskusji zabierają głos: Prof. Korczyński Ludomił, który mówi o różnicy, jaka istnieje między jakością wód mineralnych naturalnych a sztucznych. Podkreśla niestałość form radu i żelaza; żelazo zależnie od swej budowy chemicznej posiada różne właściwości chemiczne, fizyczne i t. d. Omawia pojęcia aktywności i nieaktywności ciał które to pojęcia zastosowano również do wód mineralnych. Przytacza teorje, które starają się wyjaśnić radjoczynność wód mineralnych. Prof. Latkowski nadmienia, że jeśli podaje się większe ilości ferrum reductum to też można otrzymać w obecności kwasu solnego żelazo aktywne. Aktywne połączenia znajdują się również w roślinach zielonych. W dalszym ciągu dyskusji zabierają głos: Dr. Kramsztyk, Prof. Korczyński i Prof. Latkowski.

Posiedzenie z dnia 29. II. 1928 r.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Landau.

Obecnych: 60.

Demonstracje: Kol. Bornstein (gość) przedstawia 1) przypadek polyneuritis w toku grypy, 2) przypadek polyeneuritis pod formą neurotabes peripherica.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Wander, który omawia djagnostykę różniczkową tego cierpienia. Kol. Szczeklik wspomina o leczeniu djetą wątrobową zaburzeń centralnego systemu nerwowego w przebiegu niedokrewności złośliwej, a także o próbach takiego leczenia w innych podobnych przypadkach schorzenia systemu nerwowego; nawiązując zaś do drugiego przedstawianego przez Kol. Bornsteina przypadku w którym znaleziono achylję żołądkową sądzi, że, należałoby po dokładnem przebadaniu układu krwiotwórczego zastosować djetę wątroby. Kol. Rost omawia przebieg choroby drugiego chorego przed przyjęciem tegoż na oddział. Kol. Bornstein w odpowiedzi.

Prymarjusz Doc. Kostrzewski wygłasza rzecz pod tytułem „Opony mózgowo-rdzeniowe a własności wyhodowanych bakteryj" (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierają głos: Dr. Eisenberg, który skreśla w kilku słowach historję bact. coli luteoliquefaciens oraz mówi o 4-ch odmianach bacterium coli z których jedno jest bacter. luteoliquefaciens. Wspomina o własnych przypadkach w których spotykał bact. luteoliquefaciens. Uważa, że w przypadku przedstawionym przez Doc. Kostrzewskiego należy myśleć także o zanieczyszczeniu zewnętrznem gdyż bact. coli luteoliquefaciens jest mieszkańcem traw, pyłu i t. d. Jeśli przemiana bact. coli na bact. coli luteoliquefaciens zależną jest od osiedlenia na oponach to należałoby sprawę tę jeszcze stwierdzić doświadczalnie względnie przez częstszą obserwację. Z doświadczenia Dra Eisenberga wynika, że bact. luteoliquefaciens okazuje dużą tendencję do zmian.

Dr. Blasberg zastanawia się nad organotropją różnych bakterji, które to zjawisko jest przyczyną rozmaitych chorób.

Dr. Eisenberg wspomina o zmienności bakterji i organotropji i przytacza jako przykład zarazek dżumy; wspomina o zmienności paciorkowców.

Doc. Kostrzewski w odpowiedzi Drowi Eisenbergowi oświadcza, że zanieczyszczenie w jego przypadku nie mogło wchodzić w grę, co może stwierdzić z całą stanowczością na podstawie wyników badań laboratoryjnych; dlatego też prelegent czuł się upoważnionym do wypowiedzenia przypuszczenia zmienności bacterium coli w swoim przypadku.

Odczyt Dra Ślączki p. t. „O działaniu chininy na malarję szczepioną" (przeznaczone do druku).

W dyskusji zabiera głos: Doc. Morawski, który jest zdania że porażenie postępujące jest najlepiej leczyć na początku choroby. Daleko posunięte przypadki nie należy leczyć.

Dr. Eisenberg nadmienia o skutecznem działaniu plazmochiny na malarję.

Dr. Stryjeński zapytuje czy zmniejszenie intenzywności napadów malarji jest pożądane i czy nie wpływa na efekt leczniczy.

Dr. Stryjeński przyłącza się do zdania Doc. Morawskiego, że w daleko posuniętych przypadkach porażenia postępującego nie warto podtrzymywać życia leczeniem, które nie daje pewności quoad valetudinem.

Doc. Morawski wspomina o innych próbach leczenia porażenia postępującego jak o wstrzykiwaniach soli fizjologicznej, nucleinianu sodowego i t. p.

Doc. Zieliński wypowiada zdanie, że leczenie malarją porażenia postępującego we wszystkich przypadkach jest wskazane chociażby ze względu na badanie wpływu na zmiany anatomiczne w mózgu.

Dr. Blasberg porusza sprawę względów socjalnych związanych z leczeniem porażenia postępującego.

W dalszym ciągu dyskusji zabierali głos: Kol. Ślączka, Hirsch, Stryjeński, Eisenberg.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie III., z dnia 10 lutego 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

Protokołuje Kol. St. Ostrowski.

Obecnych: 54.

Przewodniczący mówi o likwidacji Tymczasowego Wydziału Samorządowego. Z chwilą rozwiązania tej instytucji, Tow. Lekarskie nie zapomni o ogromnych zasługach dla tutejszego szpitalnictwa.

1. Kol. Nowicki przedstawia i omawia preparat *serca z zakrzepowem zamknięciem obu tętnic płucnych* (prawej i lewej) pochodzenia zatorowego. Preparat pochodzi od kobiety 46-letniej u której wykonano wycięcie przydatków po stronie lewej wraz z torbielą jajnikową. Chora miała się dobrze, gdy nagle zmarła w nocy w 10 dni po zabiegu. Sekcja wykazała w przymaciczu lewem, w żyle biodrowej wewnętrznej i wspólnej rozległe zakrzepy; w rozgałęzieniu III i II-gorzędnym w samym pniu tętnicy płucnej prawej znajdował się zakrzep, który, wszedłszy do głównego pnia tętnicy płucnej, nagle się zagiął i zamknął także wejście do tętnicy płucnej lewej, co też było niewątpliwie przyczyną nagłej śmierci. W danym przypadku niewątpliwie pierwotnie wytworzył się zator skrzepowy w jednej z gałęzi tętnicy płucnej prawej, który przez narastanie dostał się nawet częściowo do głównego pnia tętnicy płucnej. W materjale sekcyjnym zakładu anatomji patol. we Lwowie spostrzegano podobne przypadki po zabiegach na przydatkach, w czasie połogu, w jednym przypadku po złamaniu kostki i jego wygojeniu się; śmierć nastąpiła w 3 tygodnie po złamaniu. Źródłem zatoru są zakrzepy w okolicy zabiegu operacyjnego.

2. Kol. Szurek przedstawia:

a) mięsaka żołądka u kobiety 40-letniej: na tylnej ścianie i krzywiźnie wielkiej żołądka stwierdza się rozległy naciek nowotworowy, powodujący znaczne zgrubienie ściany: naciek ten po stronie zewnętrznej żołądka uległ rozpadowi tworząc rodzaj krateru, w którego dnie jest otwór, szerokości ołówka, prowadzący do jamy otrzewnowej. W otoczeniu otworu i krateru liczne guzki nowotworowe. Naciek jest szarawo-biały i bardzo rozmiękły. Okrężnica poprzeczna jest zrośnięta z żołądkiem. W miejscu przebicia i najbliższej okolicy jest zapalenie płuc. W przypadku tym wykonano laparatomję i już za życia stwierdzono mięsaka żołądka, co potwierdziło badanie sekcyjne. Drobnowidowo jest to mięsak drobnokrągłokomórkowy, wychodzący z błony śluzowej żołądka;

b) nerki torbielowate ropiejące i wybitnie torbielkowatą wątrobę u kobiety 60-letniej. Nerki około dwukrotnie powiększone, zamienione na liczne torbielki różnej wielkości, w prawej nerce wypełnione ropą, podobnie jak miedniczka. W wątrobie, przedewszystkiem na pograniczu obu płatów liczne torbiele, dochodzące wielkości orzecha włoskiego, wypełnione treścią wodojasną. Przypadek zwraca uwagę ze względu na liczbę i wielkość torbieli wątroby i powikłanie zapaleniem ropnem nerki prawej;

c) kamień żółciowy przewodu żółciowego wspólnego niezwykłych rozmiarów (11×5,5 cm) postaci wydłużonej, wypychający jednym końcem ujście przewodu żółciowego do dwunastnicy. Marskość żółciowa wątroby. Końcowe zapalenie płuc;

d) potwór zroślakowy płci żeńskiej (thoracopagus dicephalus dibrachius tripus) o jednej pępowinie. Na trzeciej kończynie dolnej zrosłej stwierdza się dziewięć palców. Urodzona nieżywo przy pomocy babki wiejskiej z matki, która 12 razy rodziła, w tem 3 razy bliźniaki.

3. Kol. Dobrzański i Tyszka omawiają leczenie gruźlicy krtani u 20-letniej chorej zapomocą pędzlowania zawiesiną *„antivirus tbc."*.

Dyskusja: Kol. Gąsiorowski: *Antivirus* Besredki wywołał w ostatnich czasach ogólne zainteresowanie. Punktem wyjścia było spostrzeżenie, że przesącz starszych hodowli bulionowych działa hamująco na rozwój drobnoustrojów homologicznych, następnie że po 1 godzinnem ogrzaniu przy 70° C zastosowany miejscowo usuwa względnie znacznie osłabia odczyn zapalny, o ile ten był wywołany działaniem drobnoustrojów, z których sporządzono hodowlę.

Chcąc wytłumaczyć powyższe zjawisko Besredka przypuszcza, że w komórce drobnoustroju obok *virus* istnieje *antivirus* biologicznie działający w odwrotnym kierunku, który z biegiem czasu a zatem w starszych hodowlach bierze przewagę nad *virus* niszcząc jego działanie.

Antivirus nie posiada nic wspólnego z fenomenem d'Herella a jako niewrażliwy na działanie ciepłoty 70° C daje się łatwo oddzielić od jadów (toksyn). Opierając się na doświadczeniach wykonanych z przesączem hodowli wąglikowej, paciorkowców, gronkowców, prątka okrężnicy, odmieńca, prątka ropy błękitnej i ozeny Besredka dochodzi do wniosku, że *antivirus* w zastosowaniu leczniczem, powstrzymuje rozwój drobnoustrojów i uodparnia ustrój, przyczem działanie jego posiada charakter swoisty.

Sprawa jako nowa i aktualna z natury rzeczy wywołała silny odruch. Wśród licznych prac kontrolnych widzimy zwolenników i przeciwników Besredki głównie co do teoretycznego ujęcia sprawy i sposobu wytłumaczenia zjawiska jako swoistego. Niektórzy tłumaczą hamujące działanie na rozwój drobnoustrojów zwykłem zużyciem się materjału odżywczego w pożywce i nie przyznają tutaj swoistości działania, ponieważ podobnie mogą za-

chowywać się wobec ustroju i inne połączenia białkowe — surowica normalna, buljon, wyciąg mięsny — pobudzające czynność nabłonka. Druga grupa badaczy potwierdzając stanowisko Besredki stwierdza zwiększanie się indeksu opsoninowego, powstawanie bakterjolizyn swoistych i obniżenie się zdolności aglutynacyjnej drobnoustrojów homologicznych pod wpływem działania *antivirus*.

Bardziej zgodnie przedstawiają się dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne. Przeważna część lekarzy potwierdza, że *antivirus* zastosowany miejscowo w formie okładów, tamponów i t. p. przy ostrych zapaleniach skóry i błon śluzowych zmniejszając napięcie tkanek uśmierza ból, obniża podwyższoną ciepłotę, zmniejsza wydzielanie. Bardzo pomyślne wyniki notowane są przy rozsianych czyrakach przy róży, ropowicy, zanokcicy, przy ostrych sprawach zapalnych górnych dróg oddechowych, następnie w przypadkach ginekologicznych i chirurgicznych ropnych zwłaszcza wspólnie z zabiegiem operacyjnym. Również przy chronicznych sprawach zapalnych jak ozena pod wpływem działania *antivirus* ustępuje dokuczliwy ból głowy, znika przykry odór, przyczem rozpuszcza się gęsta wydzielina błony śluzowej. Doświadczenia przy zmianach gruźliczych są w toku. Podobnie w praktyce weterynaryjnej zyskano tą drogą pomyślne wyniki.

Dane powyższe niechaj staną się bodźcem do dalszych badań zmierzających ku teoretycznemu wyjaśnieniu istoty *antivirus*.

4. Kol. Leszczyński komunikuje o działalności Związku Lekarzy Słowiańskich i tworzeniu się pisma „Ruch słowiański".

5. Kol. Fraenklowa omawia stan zamroczenia histerycznego.

W dyskusji Kol. Domaszewicz mówi o stronie sądowej tego zagadnienia.

6. Kol. Mehrer przedstawia nerkę podwójną *(ren duplex)* z dwoma miedniczkami i dwoma moczowodami.

IV. Posiedzenie z dnia 17 lutego 1928 r.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki.

Protokołuje Kol. St. Ostrowski.

Obecnych: 52.

1. Kol. Kramsztyk St. (z Warszawy) wygłosił odczyt p. t.: *O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem.* Podajemy go w streszczeniu.

Badania, jakie w ciągu ostatnich lat były dokonywane przez Baudischa i Welo w Instytucie Rockefellera oraz przez Freseniusa i Harpudera w Wiesbadenie nad przyczyną „starzenia się" świeżych wód mineralnych, doprowadziły do nowych a ważnych wyników. Okazało się, że składnikiem, który powoduje szereg biologicznych i fizykalno-chemicznych własności świeżej wody mineralnej są zawarte w niej nawet i w nader nieznacznej ilości związki żelaza. Związki te znajdują się w wodzie świeżej w postaci chwiejnej „aktywnej", która przy starzeniu się wody przechodzi w stan stały „nieczynny".

Badacze amerykańscy poddali te „aktywne" związki żelaza subtelnym badaniom i wykazali, że np. tlenek żelaza (Fe_2O_3) zachowując jeden i ten sam skład chemiczny, może występować w „dwu postaciach". Jedna postać „czynna" ma własności żelazomagnetyczne, daje odczyn benzydynowy i wywiera wpływ podobny do wpływu krwi na rozrost bakterji, druga zaś, nieczynna wszystkich tych własności jest pozbawiona.

Baudisch i Welo zdołali w dalszym ciągu wykazać, że przy zastosowaniu metody interferencyjno-rentgenograficznej, aktywna postać Fe_2O_3 przedstawia się w formie cząsteczek o strukturze krystalograficznej sześciennej, nieaktywna zaś w formie romboedrycznej. Dalszym wynikiem powyższych doświadczeń były próby stwierdzenia działania żelaza aktywnego na ustrój. I oto w ciągu ostatniego roku udało się Prof. Bickelowi i jego współpracownikom w Berlinie drogą badania przemiany materji u królików wykazać, że tlenek żelaza otrzymany sposobem podanym przez Baudischa, okazuje wpływ niezmiernie intenzywny na przemianę białkową, w drugim rzędzie i na przebieg utleniania tłuszczów i węglowodanów.

Podawanie zarówno żelaza aktywnego per se jak i zawierającej to żelazo wody mineralnej zwierzętom pociągało za sobą lepsze wykorzystanie pokarmu w kiszkach, retencję azotu, ograniczenie utleniania białka, a także wzmożenie utleniania substancji nie zawierającej azotu.

Pierwsza praca kliniczna o działaniu żelaza aktywnego ukazała się w połowie października r. b. Moldawsky z kliniki Prof. Czernego (Klinische Wochenschrift 1927 z dnia 15. X. Nr. 42) stosując żelazo aktywne w anemjach niemowląt i noworodków i to często w formie, wobec której, medycyna była dotychczas bezradna, otrzymał niezmiernie szybko wyniki decydujące.

Wyniki otrzymane przy badaniu wód mineralnych musiały odbić się i na próbach uzyskania możliwie doskonałych wód sztucznych. W r. 1926 Warburg a za nim Schoeller i Rothe wprowadzają podwójne tabletki, dzięki którym udało się otrzymać rozczyn mający odpowiednią koncetrację jonów wodorowych oraz wykazujący dodatni odczyn benzydynowy.

Prelegent przedstawia wyniki swoich badań nad stężeniem jonów wodorowych w wodzie naturalnej butelkowanej, w rozczynie zwykłej soli mineralnej oraz w rozczynach otrzymanych z różnego rodzaju tabletek. Prelegent wskazuje na niektóre cechy dodatnie produkowanych już dawniej w kraju tabletek, które udało się zbliżyć możliwie do naturalnego pierwowzoru przez dodanie żelaza czynnego również w kraju otrzymywanego. Dzięki subtelnym badaniom metodą interferencyjno-rentgenograficzną w Zakładzie Fizyki Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego, udało się stwierdzić, że żelazo czynne demonstrowane przez prelegenta pod względem swej struktury atomowej istotnie odpowiada cechom podanym przez badaczów amerykańskich. Związek ten jest silnie magnetyczny, daje dodatni odczyn benzydynowy, a więc na podstawie prac Bickla i innych, powinien być czynny pod względem biologicznym i posiadać wybitne działanie na przemianę materji i regenerację krwi. Prelegent w końcu daje krótki pogląd na fizjologiczną podstawę działania żelaza czynnego w związku z zachodzącemi tu zmianami w budowie atomowej, oraz demonstruje szereg przeźroczy, uwidoczniających zasadę i technikę metody interferencyjno-rentgenograficzne i widma filmowe zarówno żelaza czynnego jak i nieczynnego.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Protokół Posiedzenia Klinicznego z dn. 18. I. 1928 r.

1) Kol. Kryński przedstawia dwa przypadki gruźlicy skóry: jeden pochodzenia zewnętrznego *(Tbc. verrucosa cutis.* Leichentuberkel), drugi — krwiopochodny w postaci licznych sinawych guzów *(Tbc. indurativa Bazin et papulo — necrotica).*

2) Kol. Neumark przedstawia chorego z *limphomatosis simmetrica multiplex.* Badanie krwi wykazało *hyperlimphocytosis.*

3) Kol. K. Goldman wygłasza odczyt: *„O wartości klinicznej roentgenogramów przy rozpoznawaniu przewlekłych schorzeń wyrostka robaczkowego.*

4) Kol. Keilson wygłasza odczyt: *„Wyrostek robaczkowy w roentgenogramie"*, z pokazami przeźroczy.

Anatomiczna budowa kątnicy i wyrostka robaczkowego pozwala na stałe normalne wypełnienie wyrostka, lecz akt trawienia nie wymaga tego z koniecznością. Dlatego też niewypełnienie wyrostka należy oceniać z wielką oględnością. Niewypełnienie wyrostka po kilkakrotnem podawaniu papki barytowej ze solą karlsbadzką (sposobem Czepa) pozwala mieć podejrzenie na obrzęk śluzówki lub niedrożność wskutek obliteracji. Badanych przypadków 270 (200 normalnych, 70 patologicznych, z nich 45 operowanych). W przypadkach normalnych wyrostek nie wypełnił się u 11 badanych. Zwykle normalny wyrostek szczelnie się wypełnia w 8 — 24 godzin po podaniu papki. Prelegent na zasadzie przeźroczy dokładnie omawia obraz normalnie i patologicznie wypełnionego wyrostka i przychodzi do następujących wniosków:

1) cienkie pasmo barytu w wyrostku przemawia za zgrubieniem ściany,

2) grube pasmo barytu przemawia za owrzodzeniami i zanikiem śluzówki,

3) nierównomierne wypełnienie wyrostka z wyraźnie umiejscowionemi wypukleniami przemawia również za zmianami anat. ściany wyrostka,

4) sztywny, nieruchomy cień wyrostka przemawia za zrostami,

5) omówione obrazy muszą być zjawiskiem stałem (przy kilkakrotnem badaniu),

6) za stanem patologicznym wyrostka przemawiają pozatem:

a) segmentacja cienia wyrostka zaraz po wypełnieniu,

b) pozostawanie papki w wyrostku powyżej 6 dni przy zupełnem opróżnieniu jelita grubego

c) tkliwość ściśle umiejscowiona.

50-letni Jubileusz Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

Obchód jubileuszowy 50-lecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, naznaczony pierwotnie na grudzień zeszłego roku, został z najrozmaitszych powodów natury technicznej i praktycznej przesunięty na rok bieżący i odbył się w sobotę dnia 7 lipca 1928 r.

Program, podobnie jak w r. 1907, kiedy obchodzono 30-lecie Towarzystwa, składał się z dwóch części, t. j. z Uroczystego posiedzenia i z Wieczerzy koleżeńskiej.

Uroczyste posiedzenie.

Program szczegółowy:

1) Słowo wstępne, wypowiedziane przez prezesa Towarzystwa, dra Witołda Ziembickiego.

2) Pieśń „Gaude Mater Polonia", odśpiewana przez chór Towarzystwa śpiewackiego „Echo".

3)Przemówienie prof. dra Romana Renckiego, prezesa Towarzystwa Lekarzy Małopolskich, z okazji 60-lecia tego Towarzystwa, będącego Macierzą Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

4) Przemówienia przedstawicieli Władz, delegatów Stowarzyszeń i Instytucyj i gości.

5) Kronika Towarzystwa za ubiegłych lat 50, odczytana przez sekretarza stałego, doc. dr. Jana Greka.

6) Ogłoszenie nazwisk mianowanych z okazji jubileuszu Członków Honorowych i wręczenie im dyplomów.

7) Wykład prof. Włodzimierza Sieradzkiego: „Z rozważań nad rozwojem myśli lekarskiej w ubiegłem półwieczu".

O godz. 6 wieczorem wielką salę Izby Handlowej i Przemysłowej (przy ul. Akademickiej 17) wypełnili członkowie Towarzystwa, jakoteż przybyli w wielkiej liczbie przedstawiciele władz, delegaci Stowarzyszeń, Instytucyj i goście z całej Polski. U wejścia do Sali witał przybywających prezes Towarzystwa wraz z członkami Zarządu. Komitetowi rozdawali odznakę jubileuszową, na której obok skromnego napisu wyryto datę: 1877—1927.

Wśród uroczystej ciszy przystąpiono do porządku dziennego.

Przemówienie prezesa Towarzystwa, dra Witołda Ziembickiego:

Otwierając jubileuszowe posiedzenie, mam zaszczyt w imieniu Zarządu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego powitać wszystkich obecnych!

Witam Pana Wicewojewodę Lwowskiego

Witam Pana Zastępcę Komisarza Rządu m. Lwowa

Witam Ich Magnificencje Panów Rektorów jakoteż PP. Dziekanów Najwyższych Uczelni lwowskich

Witam Pana Prezesa Najwyższej Izby Lekarskiej Rzeczypospolitej

Witam Szanownych Delegatów Instytucyj i Stowarzyszeń

Witam Czcigodnych Członków Honorowych Towarzystwa

Witam wszystkich Gości i Was, przezacni Koledzy Członkowie Towarzystwa!

Jeżeliśmy na dzisiejszą uroczystość pozwolili sobie tak znakomite grono zaprosić, to nie dlatego, aby uczcić teraźniejszość, ale, ażeby uczcić przeszłość. Ażeby uczcić Tych, którzy byli przed nami, którzy przed laty 50, a nawet 60, w najtrudniejszych warunkach rzucili hasło zorganizowania we Lwowie polskiej myśli lekarskiej i tych, którzy hasło to potem rozwinęli.

Zdawałoby się, że Lwów, pozbawiony przez całe wieki własnego uniwersytetu, nie posiadał własnej tradycji w naukach lekarskich i pokrewnych naukach przyrodniczych. Byłoby to mniemanie błędne. Miałoby ono uzasadnienie chyba tylko o tyle, o ilebyśmy wzięli przykład z czasów porozbiorowych. Istotnie Austrja, objąwszy Lwów, starała się zetrzeć z niego historyczne piętno polskości. Nagromadzone skarby kultury polskiej starano się doszczętnie usunąć. Szczegóły tej haniebnej gospodarki nie dość powszechnie są znane i nie dosyć jeszcze opracowane. Rządy najokropniejszego biurokratyzmu zaciążyły nad miastem. Na Lwów, jak i na cały kraj, rzuciła się szarańcza urzędników pochodzenia obcego. Polska myśl przycichła, porywy jednostek znachodziły epilog w twierdzy Kufsteinu; ba, język polski został do tego stopnia zepchnięty na plan drugi, że nawet uczeni polskiego pochodzenia publikowali swe prace po niemiecku. Znakomity przyrodnik małopolski, Pietruski, bierze w obronę swego mistrza Zawadzkiego, autora pierwszych dzieł o małopolskiej faunie i florze, i objaśnia, że były one wydane po niemiecku, bo polska książka nie byłaby miała odbiorców. I tak było aż do czasu autonomji kraju.

Ale jeśli się cofniemy o całe wieki, jakże inny obraz roztoczy się przed oczyma. Wszakże to Lwów był owem „seminarium praestantissimorum in qualibet scientia Doctorum". Bogaty patrycjat lwowski XVI i XVII wieku kształcił swych synów w naukach ścisłych w uniwersytetach zagranicznych lub w Krakowie. Wśród rajców miasta spotykamy co krok doktora praw, filozofji lub medycyny. Kwitnie zamiłowanie do nauk lekarskich i przyrodniczych. Jezuita, Michał Boim, ze znakomitej rodziny lwowskiej, jedzie do Chin w roli misjonarza i opracowuje pierwszą botanikę chińską, słynną do dziś w całym świecie. Erazm Syxt, jeden z najznakomitszych lekarzy lwowskich, słynie z nauki, zostaje profesorem akademji Zamoyskiej, zostawia po sobie cały szereg dzieł, wśród nich pierwsze po polsku pisane szczegółowo dzieło balneologiczne „O cieplicach we Skle pod Lwowem", które staje godnie obok dawniejszego traktatu Oczki „O cieplicach". Sobieski, mający wiele zrozumienia dla nauki lekarskiej, każe dzieło Syxta przetłumaczyć z polskiego na łacinę i posyła je Marysieńce do Paryża dla zaznajomienia z niem tamtejszych lekarzy. Lekarze lwowscy są zarazem najdzielniejszymi obywatelami miasta i kraju, bronią go przed klęskami żywiołowemi i przed nieprzyjacielem. Marcin Kampian, słynny ojciec miasta i medyk, zyskuje wiekopomną chwałę w walce z morowem powietrzem, Lwów pustoszącem. Marcin Nikanor Anczewski na czele delegacji miejskiej staje dumnie w obliczu Chmielnickiego i stanowczością swą doprowadza do skutku układ i zaniechanie oblężenia. Innym razem Jędrzej Szymonowicz, znowu lekarz, dobrowolnie daje swoją osobę w zakład i idzie w niewolę turecką dla zagwarantowania warunków okupu. Wielu lekarzy lwowskich używa w wieku XVII i XVIII tytułu medyka królewskiego lub królewskiego sekretarza. Nie dziw. Wszak ziemia ta w owych czasach gościła ustawicznie królów polskich, dążących na wyprawy wojenne, lub powracających tu po znojach rycerskich i politycznych. Lwów gości Jana Kazimierza, który tu zapada na zdrowiu, Władysława IV, który tu umiera, przemieszkuje tu często Sobieski. Tu ściągają nasi wodzowie. Lekarz lwowski Dybowicki jest przybocznym medykiem Żółkiewskiego. Do dziś istnieją po znakomitych medykach lwowskich pomniki murowane w postaci starych, pleśnią okrytych domów. Słynną jest w całej Polsce przepiękna Czarna Kamienica w rynku lwowskim, niegdyś własność Anczewskiego. Wiele ulic otrzymuje nazwę na cześć lekarzów lwowskich z XVII wieku, nazwę dla dzisiejszych pokoleń nieraz niezrozumiałą. Wspomnianemu Erazmowi Syxtowi zawdzięcza nazwę jedna z głównych ulic miasta, Sykstuska. Znani i cenieni w całej Rzeczypospolitej byli lekarze lwowscy. Zarówno dla swej wysokiej wiedzy, jak i dla zasług publicznych.

Ma więc Lwów swe tradycje lekarskie polskie, ma nawet świetne tradycje jako gniazdo wzorowych lekarzy-obywateli. Oni stanowią lwią część tego długiego szeregu mężów, których Zimorowicz uwiecznił pod mianem: Viri illustres civitatis Leopoliensis".

A kiedy już jarzmo niewoli nad Lwowem było zawisło, kiedy o tych tradycjach kazano mu zapomnieć, znalazł się młody lekarz, które całe swe przedwcześnie zgasłe życie poświęcił na zbieranie rozproszonych wiadomości o medykach polskich, a zwłaszcza lwowskich. Był to Marjan Florjan Ogończyk Zakrzewski, praktykant Szpitala Powszechnego we Lwowie. Otoczony niewdzięczną atmosferą, zamknął się on w murach bibljotecznych, do czego miał nielada sposobność, pomagając w porządkowaniu księgozbioru Ossolińskiego i starał się stworzyć syntezę lekarskiej przeszłości ojczystej, wskrzesić świetne postaci lekarskie pokoleń minionych, zmaltretowanemu społeczeństwu stawić przed oczy krzepiącą tradycję. Z jego pracowitych rękopisów, którymi wyprzedził Gąsiorowskiego i Kośmińskiego i innych historyków polskiej medycyny, wieje jakby protest przeciwko temu co się w okół działo. Ale do ich wykończenia nie starczyło mu życia. Niosąc pomoc lekarską chorym w szpitalu lwowskim, zapadł sam na tyfus i zmarł, mając lat 28. Przyszły jałowe lat dziesiątki. O naszą przeszłość nikt się nie upominał, pamięć o niej zagasła.

Aż wreszcie nadeszła chwila, którą oto z wzruszeniem dziś wspominamy.

Przez zgrubiałą skorupę austrjackiego biurokratyzmu zaczyna się przebijać w społeczeństwie poczucie własnej wartości, ludzi dobrej woli łączyć i pobudzać ich do pracy twórczej.

W pierwszych szeregach stają lekarze. Nieśmiałe usiłowania objawiają się już w roku 1862. Mają, jak wiele objawów ówczesnych, charakter jakby konspiracyjny. Przyszedł rok 1863 i jeszcze parę lat wyczekiwania, nakoniec w roku 1867 pierwsze zrzeszenie lekarzy lwowskich, z którego później wyłoniło się Lwowskie Towarzystwo Lekarskie, przyszło do skutku. Odtąd już znowu otwarcie i głośno, jak niegdyś, w sprawach naukowych, w sprawach zdrowotnych, w sprawach publicznych, odzywa się we Lwowie: Lekarz-Obywatel. Przychodzą Maciejowscy, Biesiadeccy, Rożańscy.

I oto przypada nam dziś zaszczytny, a podwójny obowiązek Złożyć hołd pamięci tych pierwszych pionierów, a z ich posiewu zdać sprawę ku przykładowi przyszłym pokoleniom.

Stajemy więc przed Wami najczcigodniejsi Uczestnicy tego zebrania z sercem przepełnionem radością i wdzięcznością. Wdzięcznością, — żeście raczyli przybyć dla uświetnienia dzisiejszego obchodu, radością, — gdy wywołując w myśli cienie założycieli Towarzystwa, możemy zawołać: „Patrzcie, jacy goście przybyli uczcić Waszą pamięć, Wasze dzieło! Oto goście z całej, zjednoczonej, wielkiej Polski! To o czem Wyście marzyli, stało się rzeczywistością i w Warszawie i w Krakowie i w Poznaniu i w Wilnie i tu we Lwowie!

A wnukowie Wasi, dziś, z tego miejsca, na którem Wyście zasiadali, wznoszą ten potrójny okrzyk: „Niech żyje Najjaśniejsza Rzeczpospolita! Niech żyje Prezydent Rzeczypospolitej! Niech żyje Rząd polski"!

Kiedy obecni powtórzyli po trzykroć każdy okrzyk i przebrzmiały oklaski, z galerji rozległa się pieśń „Gaude Mater Polonia" zaintonowana przez chór Towarzystwa śpiewackiego „Echo".

Przemówienie prof. dra Romana Renckiego, prezesa Towarzystwa Lekarzy Małopolskich, z którego przed laty 50 wyłoniło się Tow. Lekarskie Lwowskie, a które równocześnie kończy 60 lat swej działalności humanitarnej.

W dzisiejszej pięknej i podniosłej uroczystości 50-lecia działalności Lwowskiego Tow. Lek. zabierając głos, jako Przewodniczący obecnego Twa Lekarzy Małopolskich, a dawniejszego Twa Lek. Galicyjskich, pragnę zaznaczyć i podnieść, że jubileusz ten złoty jest równocześnie naszem uroczystem świętem rodzinnem. Świętem rodzinnem dlatego, ponieważ Two Lek. Małopolskich jako Macierz i jej poszczególne Sekcje, jak i osoby po sobie i obok siebie w nich działające połączone są i powiązane licznymi wspólnymi węzłami a przyświecają im jedne i te same cele. W tem pochodzeniu ich tytuł szlachectwa, w tej łączności ich siła i znaczenie.

Święci więc dzisiaj Tow. Lek. Małopolskich 60-lecie swego istnienia. Jak widnieje z aktów i dokumentów fundacyjnych zostało ono zawiązane w okresie panującego jeszcze w b. zaborze austrjackim systemu germanizacyjnego, a w epoce hasła pracy organizowanej po klęskach r. 1863. A było ono, co z naciskiem podnieść i zaznaczyć należy, pierwszem z późniejszych towarzystw naukowych i zawodowych, założone z samym brzaskiem ery konstytucyjnej Austrji, przodując innym zawodom i kładąc podwaliny pod społeczną i naukową swą działalność.

Lwów słynął od wieków — jak to podniósł przed chwilą Szanowny Pan Prezes Lwowskiego Tow. Lek., z wysokiej kultury lekarskiej. W żadnem mieście w Polsce niema tyle pamiątek działalności i fortun lekarskich, ile ich jest we Lwowie.

Świetlana ta tradycja nie przerwała się na szczęście z politycznym upadkiem Rzeczypospolitej, a „pierwszy doktor medyk prowincji" Jędrzej Krupiński, Polak, którego działalność opracował nasz Kolega krakowski Władysław Szumowski, kładł w r. 1773 podwaliny pod Collegium medicum we Lwowie. Z tego posiewu szedł piękny plon — zastęp lekarzy, którzy przetrwawszy czasy niedoli i germanizacji w warunkach bardzo trudnych organizował się już w r. 1862 i jak wspomnieliśmy, pierwszy we Lwowie utworzył na podstawie statutu Towarzystwo Lekarskie.

Podpisani na owym akcie pamiątkowym 2 grudnia 1867, w liczbie 47 lekarze żyją po dziś dzień wszyscy we wdzięcznych wspomnieniach rodzin lwowskich: owi Mossingowie, Kaczkowscy, Widmanowie, Opolscy, Bejsery, Ziembiccy a wśród nich ojciec wielkodusznego dobroczyńcy i fundatora m. Lwowa oraz naszego Towarzystwa Naukowego Dr. Jerzy Orzechowicz, znamienity lekarz i nabywca Kalnikowa w pow. Przemyskim.

Zaś prezesi Towarzystwa zapisani są w złotej księdze miasta Lwowa.

Pierwszy z nich Szczęsny Erazm Maciejowski, rodem Małopolanin, a doktor wiedeński, ale lekarz sztabu W. P. ozdobiony złotym krzyżem Virtuti Militari — jakby na znak hołdu dla wielkiej idei niepodległości. W lat 8 później prezesuje — z przerwą dwuletnią — przez lat 12 — Alfred Biesiadecki, protomedyk Galicji, mąż wielce zasłużony, którego imię dzisiaj na naszej uroczystości winno być wymieniane z chwałą i z wdzięcznością i szczególnie pochwalone, ponieważ on był tym duchem ożywczym Twa, który tworząc szereg Sekcyj prowincjonalnych, z własnym zarządem wiąże i spaja lekarzy prowincji z macierzystem Twem.

Działalność jego rozległa i owocna, łączyła w szczególnym zespole oba kierunki Twa, — kierunek naukowy i drugi tj. troskę o los wdów i sierót po członkach Twa, pracę charytatywną. Jako prezes Twa zasilał jego kasę, składając 6.000 zł ofiarowanych mu przez Kolegów w dniu jego 25-letniego jubileuszu. Jego niepodzielną zasługą pozostanie to, że uzyskał od wielkodusznych ofiarodawców Bonifacego i Magdaleny Stillerów magnacki zapis majątku Morszyn na rzecz Twa. Członek czynny Polskiej Akademji Umiejętności, wielu zagranicznych Towarzystw naukowych, równocześnie gorliwy działacz, przyczynił się wielce do powstania szkoły, obecnej Akademji Weterynaryjnej; — jemu przedewszystkiem zawdzięczyć należy zawiązanie Bibljoteki Lekarskiej. Przedłożył nadto obszerny memorjał w sprawie założenia tutejszego Wydziału Lekarskiego, opracowany wewspół z Opolskim i Tadeuszem Żulińskim, ale otwarcia tegoż nie doczekał, umierając w r. 1889.

Za jego prezesury Towarzystwo osiągnęło największą ilość członków i rozwinęło szeroką, kraj cały obejmującą, działalność. Jak z rojnego ula wylatuje część pszczół, aby założyć nową rodzinę, tak w Tow. Lek. Galicyjskich powstaje w r. 1897 — 19 Sekcyj, a wśród nich największa lwowska, która wedle projektu Biesiadeckiego, a za sprawą Rożańskiego stawia sobie za zadanie przedewszystkiem pracę naukową. Radzie Tow. Lek. Małopolskich pozostaje odtąd przeważnie zarząd funduszami, które znacznie wzrastają, majątkiem ziemskim, oraz rozdawnictwem pensji wdowich i sierocych i czuwaniem nad interesami zawodowymi stanu lekarskiego.

I zaczynają wpływać liczne i hojne dary członków na cele zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach, których suma przed wybuchem wojny światowej przekroczyła pół miljona koron. Godzi się w tej uroczystej chwili przypomnieć i podnieść z uznaniem i z wdzięcznością pamięć tych licznych szlachetnych ofiarodawców, którzy odczuwając niedolę ludzką, szczodrze składali swe oszczędności na cele Twa. Obok zbiorowych darów poszczególnych Sekcyj powstały fundacje: Biesiadeckiego, Czyżewicza, Krzeczunowicza, Rożańskiego, Krówczyńskiego, Gilewskiego (dar jego żony), Gawełkiewicza, Barzyckiego, Łuszczkiewicza, Mahla, Merunowicza, Rosnera, Ściborowskiego, Piątkiewicza, Marsa, Macheka i w. in. Osobno jednak wspomnieć i podnieść dzisiaj należy z wielką wdzięcznością tych wielkodusznych ofiarodawców, którzy odmawiali sobie za życia wiele, celowo szczędzili, by oddać cały dorobek swego pracowitego żywota na ulżenie nędzy wdów i sierót po członkach Twa. Złotemi zostaną zapisane głoskami imiona tych dobroczyńców, a oto oni: Władysław Jasiński i Adolf Lukas.

Sekcja lwowska przekształciła się w r. 1900 na wzór Krakowskiego Tow. Lek. w autonomiczne Towarzystwo, wszakże nie zrywając związku swojego z Macierzą. Do tego Związku w r. 1909 przystąpiło również Tow. Lek. Krakowskie. W ten sposób utworzyła się całość jednością silna, której nasz Zjazd dzisiejszy najlepszy daje wyraz.

Tow. Lek. Małopolskich, którego imieniem przemawiam, bierze żywy i serdeczny udział w dzisiejszym Jubileuszu, cieszy się szczerze i radośnie jako Macierz przezacnych Zrzeszeń — dzisiaj Towarzystw samodzielnych, a równocześnie jego sekcyj — świetnym rozwojem Lw. Tow. Lek., ilością jego członków, liczbą, treścią i poziomem naukowym jego posiedzeń, wzrastającym zakresem spełnianych zadań, a zwłaszcza jego organem Pol. Gaz. Lek., organem od r. 1922 wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich — i życzy mu dzisiaj serdecznie dalszego rozwoju w jego dążeniach do szczytów dla dobra i chwały nauki i Ojczyzny — wołając: „W wyścigu pracy nie dajcie się nigdy wyprzedzić"!

Przemówienia i życzenia przedstawicieli władz, najwyższych Uczelni lwowskich, delegatów Stowarzyszeń, Instytucyj i gości *).

1) *Wicewojewoda lwowski dr. Zygmunt Gronziewicz:*

Pół wieku — to okres czasu długi nie tylko dla jednostki fizycznej, ale także dla osoby prawnej — szmat czasu dla umiarkowanego nawet obserwatora, a cóż dopiero dla członków Towarzystwa, którzy cały, ogromny trud włożyli, aby Instytucję doprowadzić do wysokiego poziomu i na nim ją utrzymać. Rozumiem i w zupełności odczuwam dumę tych Czcigodnych Osób, które tę Instytucję swą pracą zapoczątkowały i tych, które ją do rozkwitu

*) Protokół stenograficzny.

doprowadziły. Jubileusz Instytucji jest równocześnie jubileuszem ich dzielnej i wielkiej pracy.

Głęboko przeświadczony o prawdziwości tych myśli, pozwolę sobie stwierdzić, że odnoszą się one jak najdokładniej do dziejów Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, które święci jubileusz 50-lecia swego istnienia.

Na te gody Jubilata, które są zarazem godami tych osób i mężów nauki, którzy tę instytucję stworzyli i którzy na jej czele stali i stoją — uważam sobie za miły obowiązek złożyć jak najserdeczniejsze życzenia, aby ta placówka nauki potężniała, kwitła i wzrastała na swoją chwałę i na pomyślność Rzeczypospolitej Polskiej. (Oklaski).

2) *Zastępca Komisarza rządu p. o. Prezydenta m. Lwowa, prof. Maksymiljan Matakiewicz.*

Dostojni Zebrani!

Nie jest z pewnością rzeczą przypadku, że w dobie obecnej szereg najpoważniejszych instytucyj naukowych, kulturalnych i społecznych obchodzi swe półwiekowe, złote gody. Z faktu tego wynika, że w społeczeństwie naszem, gnębionem przez zaborców, od pół wieku szeroko rozwinięte hasła, służące do podniesienia ducha moralnego.

Jednym z tych związków, który z dumą może spoglądać w przeszłość, jest Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Tak, jak człowiek stary lubi spoglądać w przeszłość, przypomnieć sobie lepszą część swego żywota, tak samo to stare Towarzystwo może z dumą spojrzeć na owoce swej pracy.

Piękny jest zawód lekarza, szczytne jest jego poświęcenie dla cierpiącej ludzkości. A towarzystwo lekarskie organizując lekarzy i popierając postępy medycyny bardzo sobie zasłużyło na to uznanie.

To 50-lecie przypomina nam, że w okresie tym nie było ważniejszej sprawy, złączonej ze zdrowiem ludności miasta, w którejby Lwowskie Towarzystwo Lekarskie nie zajęło stanowiska i nie skierowało decyzji na właściwe tory. Dlatego też nasze miasto ma szczególny obowiązek wobec tej Instytucji.

Niech mi zatem wolno będzie w imieniu Zarządu Miasta złożyć Towarzystku Lekarskiemu Lwowskiemu gorące podziękowanie za tyloletnią umiejętną i wytrwałą pracę dla dobra mieszkańców i złożyć życzenia, aby Towarzystwo to było i nadal chlubą naszego miasta i ostoją dla licznej rzeszy lekarzy i prosić, aby, jak dotychczas, — interesowało się sprawami naszego grodu. (Oklaski).

3) *Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Rzeczypospolitej, dr. Jan Bączkiewicz* (Warszawa):

Dostojni Panowie!

W imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej i przedstawicieli stanu lekarskiego w Polsce staję, aby złożyć hołd Instytucji, jej założycielom i działaczom za tę pracę w ciągu wielu lat. Jeżeli w życiu jednostki 50-lecie pracy jest momentem przejściowym, to w życiu instytucji naukowej jest to moment przełomowy, — zapowiedź dalszej owocnej pracy.

W ostatnim dziesiątku lat, gdyśmy odzyskali naszą niepodległość, jesteśmy świadkami i uczestnikami jubileuszów instytucji lekarskich. Jest to pięknym dowodem tego, że wówczas — gdy Ojczyzna rozdarta na trzy zabory była w potrzebie — wielki odłam inteligencji polskiej: stan lekarski dzierżył wysoko sztandar nauki i swych obowiązków społecznych. Tworzył on instytucje, w których wrzała gorliwa praca dla dobra społeczeństwa i nauki.

Niech mi w imieniu lekarzy polskich wolno będzie złożyć hołd tej Instytucji, która niezmordowaną pracą nie tylko w kraju, ale w swoim czasie także na terenie międzynarodowym broniła godności polskiej nauki. Składam więc życzenia, by się dalej rozwijała ad multos annos. (Oklaski).

4) *Szef sanitarny 6. O. K., płk. lek. dr. Franciszek Czechowicz.*

Lekarze wojskowi, jakkolwiek ze względu na swój charakter mogą tylko w małej mierze brać udział w pracach Towarzystw, to jednak do tego Towarzystwa odnoszą się z głębokim i bezwzględnem uznaniem — świadomi, że w tem właśnie Towarzystwie spotkają się zawsze z pełnem uznaniem i zrozumieniem potrzeb naszego polskiego wojska.

Niech mi za tę życzliwość i za to zrozumienie tego wojska wolno będzie w imieniu tegoż wojska złożyć dziś podziękowanie i w dniu dzisiejszego jubileuszu złożyć życzenia dalszego i niczem niezmąconego świetnego rozwoju. (Oklaski).

5) *Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniw. J. K. we Lwowie prof. dr. Teofil Zalewski.*

W imieniu senatów akademickich szkół wyższych lwowskich: Uniwersytetu, Politechniki i Akademji Medycyny Weterynaryjnej, oraz w imieniu wydziału lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego mam zaszczyt poświęcić kilka słów temu Towarzystwu, z którem wydział lekarski jest najwięcej zespolony i uważa dzisiejsze święto Towarzystwa Lekarskiego za swoje święto. Tytułów do tego ma bardzo dużo: Każdy z nas — można powiedzieć — a właściwie prawie wszyscy w ramach tego Towarzystwa próbowaliśmy pierwszych swoich kroków. Niejeden z nas piastował tam godności, czyto członka zarządu, czy też zaszczytną godność prezesa. Nasi docenci uzupełniali tam swoje wykształcenie lekarskie, jednocześnie z uzupełnianiem tego wykształcenia w klinikach, czy szpitalach. Dalej z tem Towarzystwem łączą nas węzły jeszcze ściślejsze: oto owoce naszej pracy naukowej w pierwszym rzędzie temu Towarzystwu były do oceny przedkładane.

Jeżeli jubileusz 50-lecia jakiegokolwiek towarzystwa w Polsce już porusza umysły i jest rzeczą dodatnią, to 50-lecie Towarzystwa naukowego ma niewątpliwie szersze znaczenie i wybiega nawet poza ramy tego towarzystwa, wybiega poza miejscowość, która jest siedzibą tego towarzystwa. Jest to dowodem, że myśl naukowa w Polsce przy bardzo trudnych warunkach, w jakich się znajdowała, jednak się rozwijała w różnych miejscach. Szczególnie podkreślić musimy znaczenie tej myśli naukowej na Kresach.

Dzisiejszy jubileusz ma jeszcze i to znaczenie, że odbywa się właśnie w tym czasie, kiedy zdawałoby się, że walory umysłowe i naukowe giną, że brak im celu, któryby im przyświecał. Otóż obecny jubileusz świadczy, że tak nie jest, że nauka zawsze będzie przewodnią myślą Narodu i że ze strony sfer miarodajnych należy się jej odpowiednia opieka.

A zatem w imieniu senatów akademickich szkół wyższych lwowskich, w imieniu Rady Wydziałowej wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza, składam w dniu jubileuszu Towarzystwa serdeczne życzenia, ażeby testament, nakreślony przez założycieli tego Towarzystwa zrealizował się, tak jak dotąd, ofiarną i bezinteresowną pracą dla Państwa i dla Narodu Polskiego. (Oklaski).

6) *Dziekan Wydziału przyrodniczo-matematycznego Uniw. J. K. we Lwowie, prof. dr. Eugenjusz Romer.*

Nie brak węzłów między naukami przyrodniczymi i lekarskimi, bo jest to właściwie co najmniej rodzeństwo. Ale także nie brak węzłów między towarzystwem geograficznem i lekarskiem, bo przecież ziemia, a przedewszystkiem jej właściwości są jedną z największych potęg leczniczych. Wogóle bez nauk przyrodniczych i bez poznania przyrody kraju i eksploatacji wszystkich jej najcenniejszych właściwości nie byłoby z pewnością tej nauki, która wespół z działaniem na duszę ludzką jest jedną z najważniejszych podwalin sztuki lekarskiej i razem stworzyły potęgę, której przedstawicielem na tej ziemi jest Towarzystwo Lekarskie.

Kończę przemówienie życzeniami dalszego pomyślnego rozwoju Towarzystwa. (Oklaski).

7) *Dr. Kazimierz Zieliński, Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.*

W imieniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w gronie członków naszego zarządu rad jestem z tego, że mogę złożyć życzenia Lwowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu w tym pięknym grodzie Lwowie, w tym grodzie, który powinien być właściwie wzorem dla wielu innych miast.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie niech żyje! (Oklaski).

8) *Prof. Dr. Józef Latkowski, Prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.*

Z Krakowa, — w imieniu Rady Towarzystwa Lekarskiego, w imieniu Towarzystwa Internistów i jako prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego składam życzenia z okazji 50-lecia istnienia i pracy Towarzystwa. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie łączy wiele węzłów z Towarzystwem Lwowskiem. Za czasów niewoli pracowaliśmy w podobnych warunkach. Łączyła nas zawsze wspólność idei, wspólność celów i zasad, a nawet wspólność ludzi. Z Krakowskiego bowiem środowiska wyszli ci mężowie nauki lekarskiej, którzy u Was czołowe zajęli stanowiska, gdyż przez długie lata krakowski wydział lekarski zasilał prawie wyłącznie Wasze szeregi. To też nic dziwnego, że Kraków zawsze śledził z uczuciem Wasz rozwój i Wasze triumfy, a patrzył z troską na Wasze zmagania wojenne, prawdziwe męstwo i hart Waszych dusz.

Kraków zna wszystkie karty historji Waszego Towarzystwa. W dziejach znajdzie on poczestne miejsce pod względem naukowym i społecznym. Wspomnę, że w tem Towarzystwie powstała pierwsza myśl stworzenia silnej organizacji lekarskiej, a podkre-

ślić muszę jako czynnik wielkiej wartości wydawanie Tygodnika Lekarskiego od szeregu lat przed wojną.

Dlatego Towarzystwo Lekarskie Krakowskie uważa w dniu jubileuszu za swój obowiązek złożyć Mu hołd za jego prace społeczną i naukową. Bądźmy zaś pewni, że w Wolnej naszej odrodzonej Ojczyźnie dalszy jego rozwój będzie wspaniały.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie niech żyje! (Oklaski).

9) *Prof. Uniw. Pozn. dr. Paweł Gantkowski, w imieniu Wydziału Lekarskiego Twa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.*

Czcigodny Panie Prezesie!

Z kresowego Poznania przynoszę najserdeczniejsze życzenia kresowej placówce nauki polskiej w imieniu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, wydziału — który blisko 70 lat tę samą misję, co dzisiejszy Jubilat spełnia. Przecież my, kresowi synowie Polski od najdawniejszych czasów robiliśmy wspólną i żmudną robotę. Przecież przed 50 laty, gdy Towarzystwo Lekarskie Lwowskie zaczęło się organizować, wówczas u nas, na starych, piastowych, kresowych ziemiach trwała walka kulturalna. To nie była walka tylko z wiarą ojców naszych, — to była równocześnie walka z kulturą polską, — temi głębiami pierwotnej duszy polskiej.

I rzecz dziwna: — Po kilkuletniem istnieniu Waszego Towarzystwa odbywa się w roku 1894 w Poznaniu 4-ty zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Na tym zjeździ wygłasza już członek Waszego Towarzystwa dr. Krówczyński jeden z programowych wykładów na temat: O wpływie dziedziczenia na indywidualność osoby, i kończy apelem, abyśmy przecież to prawo dziedziczenia wyzyskali nie tylko dla siebie, ale dla całego Narodu i potomstwa. Zrozumieliśmy się wówczas. Przecież, podczas gdy w Poznaniu chciano wydrzeć z nas tę pierwotną duszę polską tośmy wiedzieli, że na Waszych kresowych ziemiach pod pozorną wolnością ukrywa się ta stara i wypróbowana zasada: *„Divide et impera“*, żeście wy czasów niewoli musieli walczyć tak samo, jak my. W tej chwili świadom jestem tego, że gdyby żyli ci, którzy w Poznańskiem w równej mierze to samo czynili, to z pewnością przyszłyby na myśl słowa Sienkiewicza: Gaszono i zgaszono znaczenie Polski na forum politycznym, ale nie zgaszono go w domu polskim, bo trzebaby je gasić w każdym domu z osobna. Te wspólne usiłowania łączyły nas w duchu narodowym. W czasach niewoli myśmy Was rozumieli najlepiej i wzajemnie.

Teraz jest wolność. Zdawałoby się że w tej Wolnej Polsce zmienić się musiały metody roboty. Nie, — ani u Was, ani u nas. Trzeba podnieść więc tradycję, o której przed chwilą w tak cudownych słowach mówił Wasz prezes, trzeba ją utrwalać, trzeba utrzymywać. Nieprawdopodobna jest ironja losu, że w Wolnej Polsce utrwalać trzeba polskość Lwowa. Ale to nic. Niechże tylko ci członkowie Towarzystwa, a przedewszystkiem ci młodzi, niech pamiętają o tem, że trzymać się trzeba niezłomnie tej tradycji, że to wszystko minie, że wędrowne grajki odlecą od nas a pozostanie rzeczywistość. Niechże tylko członkowie tego Towarzystwa nie zerwą z tradycją. Słowa Krasińskiego: Gińcie pieśni działajcie czyny, — niech się w czyn rozwijają i kwitną w polskim Lwowie,, o polską kulturę i tradycję opartym.

Niechże Wam, najmilsi członkowie tego Towarzystwa towarzyszy podobny hart ducha, jaki niejednokrotnie uratował Rzeczpospolitą. W tej myśli życzę pracy Waszej „Szczęść Boże“ — Jubilatom Cześć (huczne oklaski).

10) *Doc. Uniw. Stefana Batorego dr. Safarewicz jako delegat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wileńskiego i Wileńskiego Twa Lekarskiego.*

Czcigodny Panie Prezesie! Dostojni Zgromadzeni!

Z północno - wschodnich rubieży Rzeczypospolitej przywożę Świetnemu Towarzystwu Lekarskiemu i wszystkim jego członkom serdeczne i gorące życzenia. Czcigodny Prezes i wszyscy członkowie Towarzystwa niech żyją ad multos annos! (Oklaski)

11) *Dr. Karol Rożkowski, Prezes Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego.*

W imieniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego pozwalam sobie złożyć wyrazy najgłębszej czci i hołdu Prześwietnemu i tak drogiemu nam Towarzystwu za jego niezmordowaną i tak bogatą w działalność, a zarazem wyrazić najserdeczniejsze życzenia dalszego pomyślnego rozwoju. Znając piękne tradycje kulturalne Lwowa, znając ten fakt — nie tajna jest wytrwałość, która towarzyszyła zawsze obywatelom tego niezwykłego i wspaniałego grodu we wszystkich jego poczynaniach i na wszelkich polach działalności zarówno politycznej, jak społecznej, naukowej i artystycznej, — pozwolę sobie sparafrazować znany napis na facjacie Arsenału Lwowskiego (Leo semper vigilat) i wyrazić nadzieję, że tak jak dawniej, tak i w przyszłości „Societas Leopoliensis Medicorum semper vigilabit“. (Oklaski).

12) *Dr. M. Garbaczewski jako delegat m. Lublina i Towarzystwa Higjenicznego w Lublinie.*

W imieniu Magistratu m. Lublina oraz Lubelskiego Towarzystwa Higjenicznego mam zaszczyt złożyć obecnemu Jubilatowi — Lwowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu najserdeczniejsze życzenia jak najowocniejszej dalszej pracy na chwałę Imienia Polski i na pożytek ludzkości. (Oklaski).

13) *Dr. Stanisław Suchodolski jako delegat Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego (Sosnowiec).*

Towarzystwu Lekarskiemu Lwowskiemu, dzielnemu krzewicielowi wiedzy lekarskiej we wschodniej kresowej stolicy Rzeczypospolitej cześć!

W imieniu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego uważam sobie za obowiązek w dniu 50-lecia złożyć mu najgłębszy i najniższy hołd i cześć i wyrazić życzenia dalszej pracy na chwałę Ojczyzny naszej. (Oklaski).

14) *Dr. Adam Wojnicz jako delegat Towarzystwa Lekarskiego w Łucku.*

Łuckie Towarzystwo Lekarskie wydelegowało mnie do Lwowa, abym złożył hołd zasłużonemu Towarzystwu Lekarskiemu Lwowskiemu i życzenia, by dalej siało zdrowe ziarno pod młode i nowe Towarzystwa Lekarskie w Polsce. (Oklaski).

15) *Dr. Witosław Dąbrowski jako delegat Towarzystwa Higjenicznego Warszawskiego i redakcji „Zdrowie“.*

W imieniu Towarzystwa Higjenicznego i redakcji jedynego polskiego miesięcznika „Zdrowie“ składam Lwowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu najserdeczniejsze życzenia.

W Polsce obok Towarzystwa Naukowego i Towarzystwa Przyjaciół Nauk — towarzystwa lekarskie we wszystkich prawie miastach powstałe, należą do najstarszych placówek oświatowych. Ale zadaniem ich było nie tylko szerzenie wiedzy lekarskiej, były one również fortecami polskości, o które rozbijały się wszelkie ataki naszych nieprzyjaciół. Zjednoczeni w tych towarzystwach lekarze byli bojownikami o polskość i niepodległość zjednoczonej Polski. Lwowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu za tak godne spełnianie zadań na kresowej placówce „Cześć“. (Oklaski).

16) *Dr. Wacław Seidl, jako Naczelny Lekarz Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie, imieniem tego Związku.*

W imieniu naczelnej instytucji ubezpieczeń społecznych tak na Lwów, jak i na województwo lwowskie i województwa kresowe aż po granice północne i wschodnie Wołynia — przychodzę, aby w imieniu instytucji, która w największej mierze zainteresowana jest tak w poziomie wiedzy lekarskiej, jak i w tej ideologji czysto lekarskiej, która każe nieść pomoc każdemu bez względu na jego socjalne stanowisko — przychodzę wydelegowany, by złożyć hołd za dotychczasową pracę i życzenia, aby dalsza praca była owocna i aby ta praca przygotowywała nam lekarzy, którzy za naszem pośrednictwem nieść mają pomoc tym najszerszym masom, które jej dotychczas nie miały. (Oklaski).

17) *Prof. Dr. Bylicki prezes Towarzystwa Ginekologicznego we Lwowie.*

(Burzliwe oklaski). Towarzystwo Ginekologiczne Lwowskie, które przed 31 laty wyłoniło się z towarzystwa lekarzy galicyjskich, poleciło mi jako przewodniczącemu złożyć w jego imieniu Towarzystwu Lekarskiemu Lwowskiemu, które dziś obchodzi 50-letni jubileusz, wyrazy szczerego uznania i hołdu za dotychczasową działalność, a czyni to za pośrednictwem tego, który będąc 50 lat członkiem, przeżył razem jego koleje od samego początku. (Oklaski).

W ubiegłem półwieczu, które jest okresem postępu szczególnie na polu fizyki i chemji, Towarzystwo Lekarskie Lwowskie spełniało swoje zadanie rozpowszechniania tego ogromnego postępu swoim członkom. Gdy Uniwersytet Jana Kazimierza został uzupełniony wydziałem lekarskim, mogło ono działać wydatniej, i spełniać zadania ściśle kulturalne, właściwe ciałom naukowym.

To też patrząc na ogromny rozwój tego Towarzystwa, życzenia moje ograniczyć mogę do jednego, — aby gorące pragnienia najszlachetniejszych i najofiarniejszych członków tego Towarzystwa jak najrychlej zostały spełnione. (Burzliwe, długotrwałe oklaski).

Nie mały to zaszczyt dla mnie, że witacie mnie tak, iż jestem głęboko wzruszony.

18) *Dr. Kazimierz Zgórski naczelny lekarz Dyrekcji Kolejowej we Lwowie.*

Mam zaszczyt w imieniu Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Kolejowej we Lwowie, oraz Związku Lekarzy Kolejowych, — którzy wzorując się na pracy Towarzystwa stworzyli u siebie młodą placówkę dla swoich badań, złożyć wyrazy czci i hołdu dla Instytucji, która przez lat 50 była wzorem dla wszystkich naszych lekarzy, — i życzyć najserdeczniej dalszego rozwoju. (Oklaski).

19) *Dr Jan Poratyński (Lwów) imieniem zawodu aptekarskiego.*

W 50-lecie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, gdy zdajemy sobie sprawę z tego, co w pół wieku zdziałać potrafiło i w przyszłości zdziałać zamierza, gdy należy Mu się słusznie najgłębszy hołd za przeszłość i gorące życzenia na przyszłość, — niech mi wolno będzie tym właśnie uczuciom dać wyraz w imieniu zawodu aptekarskiego.

Historja medycyny i farmacji wiąże się ze sobą bardzo ściśle. Jedna i druga powstały z tego samego źródła. Ongiś lekarze sami sporządzali sobie leki, a medycyna aptekarska była gałęzią wiedzy medycznej. I chociaż później, z biegiem lat z natury rzeczy musiał nastąpić daleko idący podział pracy, to jednak już później te oddzielne zawody spełniając pozornie czynności odmienne, miały zawsze jeden i ten sam cel wspólny: dążenie do uzdrowienia ludzkości i wspólne poszukiwanie najskuteczniejszych służących do tego metod, dróg i środków. Stąd też bliskość serdeczna istniała nie tylko między przedstawicielami danych zawodów, ale także i lekarskich i aptekarskich organizacyj naukowych i społecznych.

W dzisiejszem więc święcie Towarzystwa Lekarskiego bardzo serdeczny bierze udział i zawód aptekarski. Na Twoje więc ręce, Panie Prezesie, w imieniu Izby Aptekarskiej, Małopolskiego Towarzystwa Aptekarzy we Lwowie, Lwowskiego Okręgu Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego i Związku Aptekarzy Lwowskich składam hołd Waszej półwiekowej, wielkiej pracy. Oby Towarzystwo Lekarskie Lwowskie w dalszej pracy coraz bardziej zbliżało się do wspólnego nam celu i ideału.

20) *Dr. Antoni Natanson imieniem „Czasopisma Lekarskiego Warszawskiego".*

Składam Towarzystwu Lekarskiemu za to, co zdziałało „Cześć" a w tem, co zdziałać zamierza i niewątpliwie zdziała serdeczne życzenia. Trzy są komórki pracy lekarza: oddziały szpitalne, pisma lekarskie i towarzystwa lekarskie. W nadziei, że te trzy działy w całem państwie zestrzelą swe usiłowania i wytworzą rdzennie polski stan lekarski, — w tej nadziei składa „Czasopismo Lekarskie" najlepsze życzenia i wyraża ufność, że to, co nastąpi, będzie nie tylko dalszym ciągiem, ale i znacznem rozszerzeniem dotychczasowej pracy.

21) *Dr. Aleksander Czołowski dyrektor Archiwum m. Lwowa, imieniem Towarzystwa Miłośników Przeszłości Lwowa.*

Zagajając dzisiejszą uroczystość tak niezwykłą, powołano się na świetne tradycje wiedzy lekarskiej w naszem mieście. Jeżeli można się było na to powołać, jeżeli w tym kierunku wiadomości się coraz bardziej rozszerzały, jeżeli pogłębiały się i stały się własnością jak najszerszych warstw, to jest zasługą prezesa i członków Towarzystwa Lekarskiego, które sobie postawiło za zadanie pogłębianie tych tradycyj.

Niech mi wolno będzie złożyć hołd za pracę w tym kierunku a zarazem życzenia najpiękniejszego rozwoju na przyszłość.

22) *Dr. Juljan Morawski, dyrektor Zakładu dla Umysłowo chorych w Kobierzynie.*

W imieniu Towarzystwa neurologiczno-psychjatrycznego Krakowskiego, w imieniu lekarzy szpitala w Kobierzynie wyrażam jak najserdeczniejsze życzenia dalszego rozwoju i owocnej pracy.

23) *Dr. Józef Bednarz, Dyrektor zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie.*

W imieniu lekarzy zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie składam Towarzystwu najlepsze życzenia. *Vivat, crescat, floreat.*

Prócz wymienionych przedstawicieli władz, delegatów i gości, którzy przemawiali, wzięli udział w uroczystości i reprezentowali:

Prof. Dr. Jan Hirschler: Towarzystwo Naukowe we Lwowie.

Prof. Dr. Antoni Gluziński: Zarząd Główny Tow. Internistów Polskich jakoteż Redakcję Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Prof. Dr. Marjan Franke: Spółkę wydawniczą we Lwowie jako prezes Rady Nadzorczej.

Dr. Stanisław Skalski: Towarzystwo Lekarskie w Łodzi.

Drowie: Wilhelm Mikulski, Kazimierz Parnawski i Wojciech Stawnicki (prócz prezesa, dra Karola Rożkowskiego): Tow. Lekarskie w Częstochowie.

Dr. Stanisław Zabłocki: Lwowską Poliklinikę powszechną i Tow. Walki z gruźlicą we Lwowie.

Dr. Ludwik Dydyński: Spółkę Akcyjną „Zdroje Polskie" (Warszawa).

Dr. Roman Hinze, dyr. Szpitala w Rzeszowie: Rzeszowską sekcję Twa Lekarzy Małopolskich.

Dr. Jerzy Józef Mostowy, dyr. Szpitala w Brzeżanach: Brzeżańską sekcję Twa Lek. Małop.

Dr. Stanisław Kubisztal, fizyk m. Stanisławowa: Stanisławowską sekcję Twa Lek. Małop.

Dr. Samuel Meisels: Szpital żydowski im. Lazarusa jako dyrektor tego szpitala.

Ponadto następujące instytucje, stowarzyszenia, redakcje i osobistości nadesłały życzenia pisemne lub telegraficzne:

Izba Lekarska Krakowska (podpisano: Strzemieński).

Kasyno i Koło Literackie we Lwowie (podp.: Lehnert, Kamieński).

Koło Lekarzy w Truskawcu (podp.: Pelczar).

Redakcja „Kliniki Ocznej", Warszawa (podp.: Noiszewski).

Redakcja „Neurologji Polskiej", Warszawa (pdp.: Jan Koelichen).

Redakcja „Nowin Społeczno-Lekarskich", Warszawa.

Redakcja „Poznańskich wieczorów lek. i Medycyny prak.") (podp.: Kazimierz Bross).

Sekcja Sanocka Twa Lekarzy Małop. (podp.. Włodzimierz Pajączkowski).

Stowarzyszenie Lekarzy w Ciechocinku (podp.: prezes Ciągliński, wiceprezes Dembicki, skarbnik doc. Lorentowicz, sekretarz Sawicz).

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy (podp.: prezes Górski, sekretarz Korybut Daszkiewicz).

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie (podp.: wiceprezes Orzeł, sekretarz Rajpert).

Tow. dermatologiczne lwowskie (podp.: przewodn. Leszczyński, sekretarz Fuellenbaumówna).

Tow. Internistów Polskich, Zarząd główny i Red. Polskiego Archiwum Med. Wewn. (podp.: prof. Witold Orłowski, docent Mściwoj Semerau-Siemianowski).

Tow. Lekarskie Kaliskie.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Tow. Lekarskie Łuckie (podp.: prez. Dr. F. Miłaszewski, sekretarz Dr. J. Drewnowski).

Tow. Lekarskie Nowogrodzkie: oddziały Lidzki i Słonimski (Lida) (podp: Malinowski).

Tow. Lekarskie Piotrowskie.

Tow. Lekarskie Płockie (podp.: prezes Maciesza).

Tow. Lekarskie Radomskie.

Tow. Miłośników Historji Medycyny w Krakowie (podp.: Szumowski).

Tow. Naukowe we Lwowie (podp.: prezes Balzer, sekretarz gen. Dąbkowski).

Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu (podp.: sekr. gen. Lisowski).

Zakład Narodowy im. Ossolińskich we Lwowie (podp.: dyrektor Bernacki).

Zrzeszenie Lekarzy zdrojowiska Rabka.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Warszawa.

Związek polskich Tow. Naukowych we Lwowie (podp.: prezes Rybicki, sekretarz Nowicki).

Związek stomatologów Lwowskiej Izby Lek. (podp.: przew. Allerhand, sekr. Stobiecki).

Dr. Józef Babiński (Paryż).

Adolf. br. Brunicki (Lubień Wielki).

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski (Kraków).

Prof. Dr. Benedykt Dybowski (Lwów).

Dr. Franciszek Fronczak (Buffalo).

Prof. Dr. Franciszek Giedroyć (Warszawa).

Prof. Dr. Kazimierz Kostanecki (Kraków).

Inż. Włodzimierz Kryński (Warszawa „Nasze Zdroje").

Dr. August Kwaśnicki (Kraków)

Prof. Dr. Leon Marchlewski (Kraków).

Prof. Dr. Jerzy Modrakowski (Warszawa).

Prof. Dr. Kazimierz Noiszewski (Warszawa).

Prof. Dr. Kazimierz Orzechowski (Warszawa).

Dr. Zenon Pelczar (Truskawiec).

Dr. Arkadjusz Puławski (Warszawa).

Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków).

Prof. Dr. Bronisław Sawicki (Warszawa).

Dr. Seweryn Sterling (Łódź).

Prof. Dr. Stanisław Trzebiński (Wilno).

Prof. Dr. Leon Wachholz (Kraków).
Dr. Miron Wachnianin (Karlsbad).
Pp. Romualdowie Węgłowscy (Lwów).
Dr. Jan Woytkowski (Rymanów - Zdrój).
Prof. Dr. Adam Wrzosek (Poznań).
Dr. Adolf Wurst (Czortków).
Dr. Ignacy Zieliński gen. - lek. (Truskawiec).

Następnie sekretarz stały Towarzystwa, doc. dr. Jan Grek, odczytał **kronikę Towarzystwa,** będącą rzutem oka na działalność Towarzystwa w ostatniem 20-leciu t. j. od chwili obchodu 30-lecia w r. 1907, z uwzględnieniem jednak najważniejszych dat od początku istnienia *).

Z kolei, wśród hucznych oklasków, nastąpiło ogłoszenie nazwisk **Członków Honorowych,** z okazji jubileuszu przez Towarzystwo Lekarskie Lwowskie mianowanych. Oto ich poczet:

Dr. Józef Babiński z Paryża.
Dr. Jan Bączkiewicz z Warszawy.
Prof. Dr. Władysław Bylicki ze Lwowa.
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski z Krakowa.
Prof. Dr. Benedykt Dybowski ze Lwowa.
Dr. Franciszek Fronczak z Buffalo.
Prof. Dr. Paweł Gantkowski z Poznania.
Prof. Dr. Franciszek Giedroyć z Warszawy.
Prof. Dr. Emanuel Machek ze Lwowa.
Prof. Dr. Leon Marchlewski z Krakowa.
Dr. Wilhelm Pisek ze Lwowa.
Dr. Arkadjusz Puławski z Warszawy.
Prof. Dr. Roman Rencki ze Lwowa.
Prof. Dr. Aleksander Rosner z Krakowa.
Dr. Karol Rożkowski z Częstochowy.
Prof. Dr. Bronisław Sawicki z Warszawy.
Prof. Dr. Hilary Schramm ze Lwowa.
Prof. Dr. Stanisław Trzebiński z Wilna.
Prof. Dr. Adam Wrzosek z Poznania.
Dr. Kazimierz Zieliński z Warszawy.

Z tych obecni byli na posiedzeniu: Dr. Bączkiewicz, prof. Bylicki, prof. Gantkowski, prof. Machek, Dr. Pisek, prof. Rencki, Dr. Rożkowski, prof. Schramm i Dr. Zieliński. Po ceremonji wręczenia im przez prezesa dyplomów, przemówił imieniem wszystkich Członków Honorowych prof. Bylicki.

W końcu prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki **wygłosił wykład** na temat: *„Z rozważań nad rozwojem myśli lekarskiej w ubiegłem półwieczu**).*

Po uroczystem posiedzeniu odbyła się

Wieczerza Koleżeńska

w salach restauracyjnych Hotelu Krakowskiego. Wśród serdecznego, ale podniosłego nastroju wygłoszono szereg przemówień i toastów, które rozpoczął prezes Towarzystwa, dr. Witold Ziembicki. Przypomniał, jak w czasie 30-letniego jubileuszu Towarzystwa, przed laty 20, podczas podobnej wieczerzy, pod wpływem przemówienia nieobecnego dziś prof. Stanisława Ciechanowskiego, na pomyślność młodego pokolenia lekarzy lwowskich, pracujących nad wyzwoleniem myśli polskiej, wzniósł toast Wiary, Nadziei i Miłości na cześć gnębionego Ludu Wielkopolskiego, w ręce ś. p. Franciszka Chłapowskiego. To samo wyznanie Wiary, Nadziei i Miłości rozwinął następnie w stosunku do dzisiejszego młodego pokolenia i do ziszczonych marzeń narodowych polskich. W przemówienie swe wplótł ustęp z przepięknego listu, nadesłanego na uroczystość przez prof. dra Kazimierza Orzechowskiego z Warszawy, a zakończył toastem na pomyślność gości, w ręce prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, dra Jana Bączkiewicza.

W odpowiedzi Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, dr. Bączkiewicz wzniósł toast na pomyślność Towarzystwa Lekarskiego w ręce prezesa. Prof. dr. Roman Rencki przemówił na cześć nieobecnego, ale zamieszkałego jak wiadomo we Lwowie, nestora lekarzy i przyrodników, prof. dra Benedykta Dybowskiego. Przedstawiciel młodego pokolenia lekarzy lwowskich, dr. Adam Bilik wygłosił przemówienie na cześć prof. dra Antoniego Gluzińskiego, jako niezrównanego pedagoga. Prof. Dr. Gluziński odpowiedział toastem na pomyślność młodych lekarzy lwowskich, jakoteż na pomyślność Towarzystwa Lekarzy Małopolskich, w ręce prof. dra Renckiego. Prof. dr. Rencki wzniósł toast na pomyślność Towarzystw Lekarskich Krakowskiego i Lwowskiego w ręce prezesa Twa Lekarskiego Krakowskiego, prof. dra Józefa Latkowskiego. Dr. Witosław Dąbrowski z Warszawy przemawiał na pomyślność Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. Prezes Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego przypomniawszy zasługi ś. p. Alfreda Biesiadeckiego wzniósł zdrowie obecnego na wieczerzy jego syna, p. Franciszka Biesiadeckiego. Prof. dr. Włodzimierz Sieradzki pił zdrowie kobiet-lekarek. Doc. dr. Jan Grek mówił na cześć najstarszych polskich Towarzystw lekarskich, toastując w ręce prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, dra Kazimierza Zielińskiego. Dr. Stanisław Ostrowski życzył Towarzystwu Lekarskiemu Lwowskiemu dalszego pomyślnego rozwoju. Dr. Kazimierz Zgórski wnosił toast na pomyślność Państwa Polskiego i jego Marszałka Piłsudskiego. Dr. Wilhelm Pisek wzniósł zdrowie Prof. dra Emanuela Machka jako twórcy prasy lwowskiej lekarskiej. Dr. Kazimierz Zieliński z Warszawy zdrowie Lwowskiego Towarzystwa higjenistów i prezesa odbywającego się równocześnie we Lwowie VI Zjazdu Higjenistów, prof. dra Witołda Nowickiego. Dr. Karol Rożkowski z Częstochowy zdrowie zasłużonych na polu polskiej prasy lekarskiej prof. dra Nowickiego i dra Kaliksta Krzyżanowskiego. Dr. Witosław Dąbrowski z Warszawy zdrowie seniorów, w ręce prof. dra Władysława Bylickiego. Wreszcie prof. dr. Paweł Gantkowski z Poznania w końcowem pięknem przemówieniu wzniósł toast „Kochajmy się“ zakończony okrzykiem na cześć armji polskiej w ręce szefa sanitarnego 6 o. k., pułkownika Franciszka Czechowicza. (Orkiestra intonuje Hymn Narodowy).

Po powstaniu od stołów tak gospodarze jak goście pozostali jednak jeszcze długo razem na swobodnej, serdecznej pogawędce, a jasny dzień już oddawna zaświtał nad Lwowem, kiedy najwytrwalsi się rozchodzili i żegnali, najmilsze wspomnienia z minionego wieczoru unosząc.

W. Z.

*) Jan Grek i Witołd Ziembicki: Pół wieku. Rzut oka na kronikę Lwow. Towarzystwa Lekarskiego (1877 — 1927). Będzie drukowane w całości w „P. G. L.“.
**) Wydrukowane w Nr. 31 „P. G. L.“ z b. r.

Sprawozdanie z VI Zjazdu Higjenistów Polskich we Lwowie.

VI. Zjazd Higjenistów Polskich, poświęcony sprawie uzdrowotnienia małych miast i wsi oraz organizacji szpitalnictwa w Polsce, odbył się w roku bieżącym we Lwowie dnia 7 i 8 lipca. Dzięki interesującym tematom zjazdowym i wzorowej organizacji zgromadził niebywałą dotychczas ilość uczestników, bo z górą 350 osób, ze wszystkich krańców Rzeczypospolitej. W dniu poprzedzającym otwarcie zjazdu, w piątek 6 lipca, odbyło się w salach „Hotelu Krakowskiego“ o godz. 9 wieczorem zebranie towarzyskie celem wspólnego zapoznania się uczestników zjazdu. W sobotę 7 lipca, po nabożeństwie w Bazylice łacińskiej nastąpiło o godz. 9 rano uroczyste otwarcie zjazdu w Auli Uniwersytetu J. K. przy ul. Marszałkowskiej. Piękna aula uniwersytetu zapełniła się po brzegi uczestnikami i gośćmi. W uroczystości otwarcia wzięli udział między innymi J. M. Ks. Dr. Gerstman z gronem profesorów wydziału lekarskiego, wicewojewoda Gronziewicz, zastępca komisarza rządu prof. Matakiewicz, rektorzy Moraczewski i Niemczycki, ksiądz kan. Librewski, prez. Koziebrodzki, prez. Dr. Dembowski, pułk. Dr. Czechowicz, prof. Gluziński z Warszawy, Prezes naczelnej Izby lek. Dr. Bączkiewicz. Lwowskie Towarzystwo lekarskie zastępował prez. prym. Ziembicki, Krakowskie Towarzystwo lekarskie prof. Latkowski, Tow. lek. b Galicji prof Rencki, wojew. urząd zdrowia naczelnik Dr. Mikołajski, Towarzystwo politechniczne prof. inż. Blum, Izbę aptekarską Dr. Poratyński i t. d.

Imieniem uniwersytetu J. K. przemówił rektor Ks. Dr. Gerstman, podkreślając, że uniwersytet z radością otwiera swoje podwoje zjazdowi, w tem głębokiem przekonaniu, że prace zjazdu higjenistów będą ważnym krokiem naprzód ku uzdrowotnieniu kresów wschodnich, zaniedbanych już dawniej, a zniszczonych znacznie wskutek działań wojennych. Uzdrowienie stosunków higjenicznych posiada pierwszorzędne znaczenie dla Państwa i społeczeństwa.

W imieniu Zarządu miasta Lwowa witał zjazd zastęp. komis. Rządu profesor Matakiewicz. Mowca podnosi jako najważniejsze zagadnienia, domagające się gwałtownie rozwiązania, przedewszystkiem higj. mieszkań, dalej higj. w szkole a wreszcie w warsztatach pracy. Ażeby hasła te mogły być ucieleśnione, potrzeba wzrostu oświaty i zamożności.

Imieniem komitetu organizacyjnego przemówił prez. komitetu, prof. Dr. Nowicki, który zwrócił się ze słowami podziękowania za wzięcie udziału do przedstawicieli władz państwowych i samorządowych, dalej przedstawicieli miast i miasteczek, biorących żywy udział w VI zjeździe higjenistów polskich. Z dwóch tematów zjazdowych podkreśla doniosłość organizacji szpitalnictwa w odmłodzonym organiźmie naszej Ojczyzny. Referaty fachowe z zakresu szpitalnictwa, oparte na dużem doświadczeniu referentów i wyłonionej dyskusji, będą poważnym czynnikiem i wskaźnikiem dla sfer miarodajnych w wypowiedzeniu ostatniego słowa w sprawie szpitalnictwa. Prof. Nowicki zawiadamia zebranych o wysłaniu depesz hołdowniczych do Pana Prezydenta, Marszałka Piłsudskiego, Premjera Bartla i Ministra Składkowskiego. W myśl wniosku gen. sekr. Dr. Dolińskiego wybrano przewodniczących zjazdu, którzy będą kolejno prowadzili obrady: Prof. Dr. Gantkowskiego z Poznania, Radcę minist. Dr. Sikorskiego, gen. inż. Kątkowskiego i Dr. Polaka z Warszawy, Dr. Owsińskiego z Krakowa, Prof. Gluzińskiego i Dr. Bączkiewicza z Warszawy, Dr. Garbaczewskiego z Lublina, Dr. Maleszewskiego z Wilna, Dr. Zielińskiego z Warszawy i prof. Latkowskiego z Krakowa.

Prof. Dr. Gantkowski, obejmując przewodnictwo, składa hołd bohaterskiemu miastu i wyraża radość, że w tym właśnie mieście odbywa swoje obrady VI Zjazd Higjenistów Polskich. Podziękowawszy Komitetowi za serdeczną gościnę, oddaje głos pierwszemu referentowi Dr. Polakowi z Warszawy.

Dr. Józef Polak z Warszawy w referacie p. t. „Zadania gmin w dziedzinie zdrowotności" przypomina, że w r. 1924, kiedy samorządy przystąpiły do uporządkowania kraju, wszystkie samorządy, a zatem Gminy Wiejskie, Miasta i Związki powiatowe, wydały ogółem na utrzymanie plantacyj, parków, ogrodów, ulic, placów, na zaopatrzenie w wodę, kanalizację, wywóz nieczystości, na oświetlenie miast, policję budowlaną, wychowanie fizyczne młodzieży, na personal sanitarny, walkę z chorobami zakaźnemi, utrzymanie szpitali, budowę szkół, utrzymanie gazowni i elektrowni i inne podobne inwestycje 165,459.583 Złp. Wydatek doroczny, przypadający na jednostkę ludności na wszystkie wymienione cele, wynosi Złp. 6.24, podczas gdy w tym samym roku wydano w Anglji na identyczne cele po Złp. 171 na mieszkańca. Ankieta, urządzona przez Ministerstwo Spraw wewnętrznych, wykazała znaczną różnicę kultury dzielnic, bo gdy wydatki na jednostkę ludności b. dzielnicy Pruskiej wyniosły 15,50 Złp. rocznie, to w Małopolsce wynosiły one zaledwie 5.50 Zł., w b. Królestwie Polskiem 4.95 Zł., a na Kresach Wschodnich, tam, gdzie są najpotrzebniejsze, tylko 2.29 Zł. Wydatki na jednostkę w poszczególnych województwach są rozmaite, od wojew. Poznańskiego, gdzie samorządy wydały 18.43 Zł. na głowę ludności, do województwa Nowogrodzkiego, gdzie wydatek ten wyniósł 1.10 Zł. na głowę. Cyfry te dowodzą, 1) że wydatki na cele zdrowotności publicznej i kulturę stanowią w Polsce zaledwie ułamek normalnych wydatków, niezbędnych dla postępu kraju, 2) że istnieją pod tym względem rażące różnice, 3) że tam, gdzie stosunki były najgorsze, nie tylko nie istnieje dążność do usunięcia tego zaniedbania zapomocą wysiłków finansowych, lecz, że przeciwnie samorządy w dalszym ciągu nie dbają o te sprawy, idąc za przykładem dawnej administracji, 4) że zaniedbanie dotyczy najbardziej Kresów Wschodnich. Od r. 1924 stan rzeczy musiał się nieco zmienić na lepsze, chociaż dotychczas efekt niewątpliwie jest zły. W centralnej organizacji zdrowia i prawodawstwa powstała rada samorządowa przy ministerstwie spraw wewnętrznych, do atrybucji której należą wszelkie sprawy zasadnicze, dotyczące ustroju działalności samorządów i prawo inicjatywy w tych sprawach. Pod przewodnictwem Ministra spraw wewnętrznych wytworzono radę zdrowia. W urządzaniu tych rad nie uwzględniono Towarzystwa Higjenicznego, które przed wojną już zwracało uwagę władz zaborczych na konieczność wprowadzenia samorządów, a z chwilą ogłoszenia niepodległości miało już opracowany projekt o zdrowiu publicznem w Polsce. Samorządy rozwijają się coraz lepiej. Należy podjąć usiłowania celem poprawy stanu sanitarnego i kultury. W tym celu Dr. Polak przedstawia następujące wnioski: 1) do warunków postępu zdrowotności w Polsce należy ścisłe rozgraniczenie władzy wykonawczej i nadzorczej. Wykonawcze czynności w obrębie samorządów nie powinny należeć równocześnie do władz samorządowych i rządowych. Wykonawczymi fachowcami w gospodarce samorządowej winni być lekarze samorządowi. 2) Obecny projekt ustawy o służbie zdrowia przeczy zasadom samorządu i osłabia odpowiedzialność pod względem zdrowotności władz zarówno samorządowych jak i rządowych. 3) Najpilniejszą sprawą zarządów miast pod względem zdrowotności jest w chwili obecnej ułożenie planów systematycznych uzdrowotnienia miast, do czego przyczynić się winna współpraca z odnośnemi instytucjami społecznemi, przedewszystkiem z T. H. 4) należy wzmocnić kompetencję fachową sanitarną związku miast i innych instytucyj centralnych samorządowych w myśl uchwał Zjazdów Higjenicznych.

Gen. inż. Kątkowski (Warszawa) w referacie p. t. „Zaopatrzenie w wodę, kanalizacja i inne sposoby usuwania nieczystości z małych miast" podkreśla uświadomienie ludności pod względem sanitarnym jako pierwszy warunek uzdrowotnienia naszych wsi i miasteczek i wypowiada następujące wnioski: 1) ulepszenie urządzeń sanitarnych w małych miastach i na wsi nie może osiągnąć pożądanego celu, póki ludność nie będzie należycie uświadomiona o ważnem znaczeniu tych urządzeń dla zdrowia ogólnego i nie będzie aktywnie popierała poczynań społecznych i rządowych czynników w tej sprawie. Instytucje społeczne, a przedewszystkiem Warsz Tow. Higjeniczne powołane są do szerzenia propagandy. 2) Przy projektowaniu urządzeń sanitarnych w mniejszych osiedlach należy mieć na uwadze nie tylko higjeniczne, ale i ekonomiczne warunki, a więc stosować sposoby możliwie najtańsze, a także mieć na uwadze możliwość utylizacji produktów odpadowych przy uprawie pól i ogrodów. 3) Dla umożebnienia wprowadzenia w mniejszych osiedlach, nie posiadających własnych środków, ulepszonych urządzeń sanitarnych, głównie wodociągowych i kanalizacyjnych, niezbędnym jest stworzenie specjalnego, długoterminowego kredytu, z możliwie - najniższym oprocentowaniem — także pewne dotacje rządowe, głównie w formie gwarancji prywatnych kredytów. 4) W miastach i większych miasteczkach wskazanem jest urządzenie centralnego wodociągu, który powinien znajdować się pod stałą fachową kontrolą. Dla mniejszych miasteczek i wsi pożądanem jest łączenie się sąsiednich osiedli w celowe związki, celem założenia wspólnego wodociągu. 5) We wsiach, nie mających możebności urządzenia centralnego wodociągu, wskazanem jest urządzenie społecznych studni, mniej więcej na każde 20—25 domów, które powinny być stale kontrolowane przez specjalistę, albo w braku takowego przez miejscowe siły inteligencji (nauczyciel, ksiądz). 6) Woda ze studni prywatnych powinna także podlegać perjodycznej kontroli. 7) Woda z otwartych zbiorników, rzek, jezior i t. p. nadaje się do użytku głównie w większych instalacjach centralnych wodociągów, mających możność urządzenia racjonalnego oczyszczania i nawet odkażania podejrzanej wody, a także fachową kontrolę. 8) Przy wyborze systemu asenizacji w mniejszych osiedlach należy wymagać tylko wykonania głównych zasad higjeny, t. j. utrzymania czystości gleby, wody i powietrza, — a więc nie wymagać stosowania najbardziej doskonałych, ale za to i najdroższych systemów usuwania nieczystości jak np. zapomocą spławnej kanalizacji. Na wsi mianowicie wskazanem jest stosowanie tak zwanej suchej asanizacji, t. j. ruchomych zbiorników z zasypywaniem proszkiem (torfu, ogrodowej ziemi lub popiołu). Zbiorniki stałe mogą być dopuszczalne wyjątkowo przy absolutnej szczelności i mogą służyć jednocześnie dla zbierania suchych organicznych odpadków i przygotowywania z nich kompostów. System podwójnych zbiorników. 9) Urządzenia te muszą być zapomocą stosownej konstrukcji i osiatkowania otworów (okien, urządzeń wentylacyjnych i t. p.) ochronione od dostępu owadów, głównie much, które są niebezpiecznymi roznosicielami zarazków. 10) W miejscowościach, posiadających centralny wodociąg i ustępy wodne niezbędnym jest urządzenie sieci kanałów dla odprowadzenia wody użytkowej W mniejszych osiedlach wskazanym jest system kanalizacji rozdzielczej, nie obejmujący opadów atmosferycznych które w tym wypadku są wydalane zapomocą rynsztoków lub krótkich kanałów. 11) Wody kanalizacyjne muszą podlegać oczyszczaniu przed wpuszczeniem ich do otwartego naturalnego zbiornika wody. Stopień wymaganego oczyszczenia należy od miejscowych warunków — ale w każdym razie powinien odpowiadać wymaganiom gleby, wody i powietrza.

Prof. Dr. Steusing (Lwów) w wykładzie p. t. „Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości na wsi oraz normalizacja tych urządzeń", podkreśla, że problem ten, zwłaszcza na wsi, ze względu na największy procent ludności wiejskiej, posiada pierwszorzędne znaczenie dla higjeny państwowej. Asanizacja miast i wsi zaczyna się od dostarczenia dobrej wody i usuwania nieczystości. Rozwiązanie problemu jest trudnem, nie zawsze bowiem możemy stosować najlepsze sposoby z powodu znacznych kosztów. Najlepszym sposobem jest zaopatrywanie centralne, gdzie wody dostarcza jedno źródło. W społeczeństwach bogatych (Niemcy, Czechosłowacja) łączą się po wsiach w jedną spółkę. U nas urządzenia takie będą możliwe tylko na zachodzie, natomiast w prowincjach wschodnich napotkamy na przeszkodę. Urządzenie dobrej, higjenicznej studni, przeznaczonej dla większej ilości mieszkańców, wymaga, aby studnie kopane i zrobione z cylindrów betonowych, wystające conajmniej 25—30 cm ponad poziom terenu, były przykryte na stałe. Studnie zaopatrzone w pompę powinny podlegać normalizacji, co znacznie obniży koszta produkcji. Usuwanie odpadków jest inne na wsi niż w małych miasteczkach.

Powinno się budować osobne doły dla kału zwierzęcego („oborniki") obok zbiorników dla kału ludzkiego. Odpowiednio prasowane doły betonowe, typizowane, spełnią postawione wymagania. Budowa dobrych studni i dołów kloacznych wymaga długotrwałych, nisko oprocentowanych kredytów.

Inż. Włodzimierz Rabczewski (Warszawa) w referacie pt.: „Bruki i plantacje w małych miastach" podnosi, że uzdrowotnienie małych miast wymaga rozstrzygnięcia całego szeregu zagadnień, wśród których najpoważniejszą rolę odgrywają zagadnienia komunikacji oraz czystości gleby i powietrza. Omawia pod względem zdrowotnym nawierzchnię dróg i ulic, stawiając żądanie, aby małe miasta i osiedla, w dobrze zrozumianym interesie ochrony zdrowia ludności, dążyły do możliwie rychłego urządzenia na wszystkich swoich ulicach nawierzchni trwałej oraz higjenicznej. Wobec wielkiego znaczenia, jakie mają plantacje miejskie dla zdrowotności małych miast i osiedli, obowiązkiem gmin jest udzielanie temu zagadnieniu należytej uwagi łącznie z ustalaniem regulacyjnem.

Inż. Henryk Przyłęcki (Warszawa) w wykładzie p. t. „O usuwaniu odpadków i śmieci z małych miast i wsi" podkreśla, że problem ten zajmuje w sanacji osiedli dopiero trzecie miejsce po zaprowadzeniu wodociągów i kanalizacji. Tej kolejności muszą się trzymać samorządy dużych nawet miast. Usuwanie odpadków domowych w polskich małych osiedlach polega przedewszystkiem na zastosowaniu dla celów rolniczych i hodowlanych, a w małej mierze na spaleniu. Porusza obszernie zdobycze, osiągnięte w tej dziedzinie przez miasta większe, podnosząc, że najdalej postąpiono w Ameryce. Omawia zagadnienia przeróbki, przechowywania i przewozu śmieci. Sprawę przeróbki odpadków organicznych dla małego miasteczka albo dzielnicy miasta dużego rozwiązuje pomyślnie metoda Beccarego, powracając do sposobu, używanego oddawna przez naszego ogrodnika i rolnika podmiejskiego, który kompostuje śmiecie razem z innymi odpadkami gospodarstwa swojego i z nawozem. Kończąc swój referat wyciąga wniosek, że, dziś szczególnie, jedynie przez wykorzystanie wartości rolniczych i pokarmowych leży droga dla małych miasteczek polskich i wsi polskiej ku racjonalnemu rozwiązaniu zagadnienia usuwania odpadków.

Inż. Kazimierz Żardecki (Lwów) w referacie p. t. „Gazownictwo a higjena miast" podnosi zalety gazu jako źródła światła i ciepła w rozmaitych jego formach użycia. Z chemicznego punktu widzenia spalanie gazu powoduje zmniejszenie się ilości tlenu, zwiększanie ilości kwasu węglowego, powstanie znikomych ilości SO_2, przyczem organiczne zanieczyszczenia i szkodliwe substancje ulegają zniszczeniu przez spalanie. Płomień gazowy wywiera wpływ fizykalny na powietrze, podwyższa temperaturę, zwiększa wentylację. Użycie gazu jako środka opałowego ma doniosłe znaczenie w medycynie, przy odkażaniu używanych instrumentów, przy dezynfektorach i sterylizatorach, piecach dla spaleń itd. Doniosłą rolę odgrywają produkty uboczne a mianowicie koks i smoła wraz z jej pochodnemi i amoniak. Z pośród niezmierzonej ilości środków leczniczych, będących pochodnemi smoły, kwas karbolowy odgrywa znaczną rolę. Gazownictwo swemi produktami przyczynia się w znacznej mierze do podniesienia higjeny mieszkańców miasta, rozwiązując kwestję bezdymnego spalania.

Po krótkiej pauzie, w czasie której komitet organizacyjny podejmował uczestników zjazdu śniadaniem, rozwinęła się ożywiona dyskusja, w której brali udział panowie: Dr. Skalski, Dr. Dąbrowski, docent Safarewicz, Dr. Kujawski, docent Gąsiorowski, inż. Rogowski i Dr. Garbaczewski.

O godzinie 3 pop. wygłosił w kino „Chimera" prof. Trawiński interesujący wykład, objaśniony filmem p. t. „Znaczenie szczurów w higjenie miast i wsi", poczem nastąpiło zwiedzanie miejskich zakładów gazowych, czyszczenia miasta i rzeźni. Wieczorem o godz. 6-tej odbyła się uroczysta akademja z powodu pięćdziesięciolecia lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, w której wzięli udział uczestnicy-lekarze zjazdu.

Drugi z kolei dzień Zjazdu przeznaczony był organizacji szpitalnictwa w Polsce.

Radca ministerstwa Dr. Rudolf Sikorski (Warszawa) odczytał referat wspólny Dr. Przywieczerskiego i arch. Rakiewicza p. t.: „Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłym stuleciu, ze szczególnem uwzględnieniem rozwoju szpitalnictwa na obszarze byłego zaboru rosyjskiego". Referent daje porównawczy pogląd na podstawy rozwoju szpitalnictwa polskiego w ubiegłym stuleciu w poszczególnych dzielnicach oraz stan obecny szpitalnictwa w Polsce.

Prof. Dr. Gantkowski (Poznań) omawia: „Organizację szpitalnictwa w Wielkopolsce". Obecnie wedle obliczenia ludności z r. 1924 jest w Polsce zachodniej 4,028.295 mieszkańców, a otwartych zakładów leczniczych 184. Na 1 zakład leczniczy przypada zatem 21.893 mieszkańców, podczas gdy w całej Rzeczypospolitej liczy się 1 zakład na 42.819 mieszkańców. Łóżek dla chorych jest w całej Polsce 57.313 tak, że na 458 mieszkańców przypada 1 łóżko; w Polsce zachodniej jest 21.459 łóżek, a na 187 mieszkańców przypada 1 łóżko. W Poznańskiem jest 77 zakładów i 7.330 łóżek (1 zakład ma przeciętnie 95 łóżek), 1 łóżko przypada na 268 mieszkańców przyjmując 1,967.649 mieszkańców. Pomorze ma 40 zakładów i 4.575 łóżek na 1 zatem szpital przypada 114 łóżek, mieszkańców liczy Pomorze 935.679 tak, że 1 łóżko przypada na 204 mieszkańców.

Śląsk ma najwięcej łóżek, bo 9.554 w 67 zakładach, stąd przypada też 1 łóżko na 115 mieszkańców (142 łóżek na 1 zakład) zato zaś liczba mieszkańców wynosi 1,124.967. Pogląd na typy szpitali i ich organizację na Śląsku. Liczba lekarzy, zakres ich działalności, specjalizacja. Stosunek zakładów leczniczych do możności zwalczania chorób zakaźnych oraz izolacji chorych na choroby zakaźne. Ten sam pogląd na rozwój szpitalnictwa Pomorza i Poznańskiego. Czegośmy dokonali samodzielnie od czasu przejęcia szpitalnictwa w nasze ręce w okresie wolnej Polski na terenie Polski zachodniej. Pogląd na rozwój szpitalnictwa w Poznaniu za czasów wolnej Polski. Wpływ uniwersytetu na poziom szpitalnictwa. Działalność Towarzystw kolonji letnich i półkolonji w kierunku zapobiegawczym, obciążającym zakłady dziecięce. Zakłady dla leczenia alkoholizmu na terenie Polski zachodniej. Zadania i zamierzania na przyszłość na polu szpitalnictwa.

Inspektor szpitali Małopolski Dr. Kazimierz Lipski (Lwów) kreśli: „Rys historyczny rozwoju ustawodawstwa szpitalnego w Małopolsce i wnioski co do wskazań w obecnym ustawodawstwie szpitalnem", z którego wynika, że każda centralizacja władzy nad szpitalami przynosiła ich rozwój a nawet rozkwit, a natomiast rozdrobnienie administracji przez oddanie jej w niepowołane ręce rad gminnych i powiatowych upadek tych instytucyj. Referent wysnuwa następujące wnioski: I) Pod względem finansowym: Stan finansowy szpitali t. j. koszta utrzymania szpitali muszą być uniezależnione od czynników lokalnych. Stać się to może w ten sposób, że 1) szpitale będąc zakładami państwowymi, wojewódzkimi dla celowych związków samorządów wojewódzkich lub będąc instytucjami, posiadającemi osobowość prawną, będą miały ustawową możność szybkiego ściągania kosztów leczenia w drodze administracyjnej za pośrednictwem władz politycznych. 2) Opłacanie kosztów leczenia za ubogich chorych, co według doświadczenia wynosi 50—70% nie może obciążać gminy przynależności lub zamieszkania, gdyż gminy te są zanadto słabemi finansowo jednostkami, aby mogły temu obowiązkowi podołać (przykładem są nawet gminy zbiorowe na terenach b. Królestwa, które zobowiązań swych wyrównać nie są w stanie i jak uczy doświadczenie — gotowe z oszczędności utrudniać zgłaszania się ubogich chorych na leczenie do szpitala). Ponieważ skarb Państwa nie chce ze względów fiskalnych tego ciężaru przyjąć na siebie, należy obowiązek pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych nałożyć na Związek Samorządowy najsilniejszy i największy tj. Zw. Samorz. wojewódzki i Zw. celowy samorządów wojewódzkich, dla którego jedynem kryterjum obowiązku płacenia kosztów leczenia może być i będzie stwierdzone ubóstwo chorego względnie powołanego do ich pokrycia. Samorządy wojewódzkie winny być obowiązane do pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych do danego województwa przynależnych lub stale zamieszkałych w ciągu dni 14 od przedłożenia odpowiednio udokumentowanego rachunku przez szpital. 3) Samorządy wojewódzkie są obowiązane udzielać bezpośrednio lub w związkach celowych szpitalom powszechnym połczonym w ich obrębie na poczet kosztów leczenia ubogich chorych zaliczki w wysokości conajmniej przeciętnej miesięcznej należytości. 4) Inne fundusze państwowe i publiczne obowiązane na podstawie istniejących ustaw do pokrycia kosztów leczenia za osoby do tego uprawnione opłacać mają koszta leczenia również do dni 14 od wystawiania przez szpital powszechny rachunku. Kasy chorych muszą opłacać pełne koszta leczenia za swych członków przez okres ustawą przewidziany. 5) Za osoby o nieznanej przynależności lub nie posiadające stałego zamieszkania koszta leczenia pokrywa Skarb państwa w 14-dniowym terminie od wystawienia rachunku. 6) Za ubogich cudzoziemców pokrywa koszta leczenia zaliczkowo skarb Państwa również w 14-dniowym terminie od dnia wystawienia rachunku. Skarbowi Państwa przysługuje naturalnie prawo dochodzenia zwrotu zapłaconych kosztów leczenia od osób fizycznych lub prawnych do ich płacenia obowiązanych w drodze dyplomatycznej w myśl zawartych traktatów międzynarodowych. 7) Taksa leczenia może stanowić jedynie równowartość świadczeń na rzecz chorego po obliczeniu wszystkich budżetem objętych wydatków. Taksa I kl. może być obliczona z nadwyżką. 8) Przy każdym szpitalu powinien być stworzony fundusz rezerwowy, z którego możnaby czerpać środki na ulepszenia urządzeń szpitala w dziedzinie lekarskiej, jak na zakupno przyrządów, instrumentów, czasopism lekarskich i dzieł naukowych.

Z funduszu tego mogłyby być również udzielane stypendja na dokształcenie lekarzy w klinikach krajowych i zagranicznych. Fundusz ten powinien być tworzony z dopłat pobieranych od spożycia spirytusu w danem województwie, które to dopłaty winny być rozdzielane na poszczególne szpitale zależnie od liczby dni leczenia z poprzedniego roku. Wysokość dopłat kilkugroszowa od litra spirytusu nie obciąży zbytnio spożywców, a będzie zupełnie słuszną, gdyż alkoholicy dostarczają szpitalom dużego procentu chorych. II. Przyjmowanie chorych do szpitala bez względu na narodowość, wyznanie i przynależność państwową należy do wyłącznej atrybucji Dyrektora szpitala, względnie do upoważnionego przez niego lekarza. Jedynem i wyłącznem kryterjum o przyjęciu chorego może być stan zdrowia chorego, dla którego powinien on lub musi być przyjęty do szpitala. Chorych chroników wolno przyjmować tylko wtedy, gdy pogorszenie stanu zdrowia wymaga koniecznego przyjęcia do szpitala. Chorych umysłowo nie wolno przyjmować do szpitali powszechnych, nieposiadających odpowiednio urządzonych i prowadzonych przez należycie ukwalifikowane siły lekarskie i pielęgniarskie oddziałów. Dyrektor jest osobiście odpowiedzialny przed swoją bezpośrednią władzą przełożoną za przyjęcie chorego nie nadającego się do leczenia w szpitalu. III. Zakładanie szpitali powszechnych. O ile prowadzenie szpitali pod względem administracyjnym oraz ich utrzymanie, t. j. pokrywanie kosztów leczenia ubogich chorych przez samorządy gminne i powiatowe nie jest wskazane, jak to wyżej przedstawiono, o tyle zakładanie tj. budowanie, rozbudowanie szpitali powszechnych oraz ich wewnętrzne urządzenie należeć powinno do obowiązków tych właśnie związków samorządowych. Prowadzenie szpitala i pokrywanie kosztów leczenia ubogich byłoby stałem obciażeniem tych samorządów, do czego niedorosły one jeszcze finansowo, natomiast mogą i powinny one zdobyć się dla dobra swych obywateli na jednorazowy wysiłek finansowy, związany z wybudowaniem i urządzeniem szpitala powszechnego. Zaciągnięcie długoterminowej pożyczki i ratalne jej spłacanie ułatwi to zadanie. W ten też sposób zostanie ciężar założenia i prowadzenia szpitali powszechnych równomiernie oraz w miarę zasobów finansowych rozłożony na związki samorządowe I, II oraz III rzędu. Do zakładania szpitali powinny być obowiązane przedewszystkiem miasta wydzielone oraz Wydziały powiatowe (powinny być jednak pociągane do świadczeń również miasta i powiaty nie posiadające szpitali powszechnych na rzecz najbliższego szpitala powszechnego). Zakładanie tj. budowanie, rozbudowywanie i odbudowywanie zakładów psychjatrycznych wraz z ich urządzeniem wewnętrznem, jako wymagające bardzo znacznego nakładu pieniężnego nie może obciążać samorządów I i II a nawet i III stopnia, ale powinno być nałożone ze względu na szerszy zakres działania tych zakładów w połowie na celowe związki samorządowe wojewódzkie — w połowie zaś na skarb Państwa. To samo dotyczy zakładania w razie potrzeby zakładów służących do zwalczania chorób społecznych (gruźlica, syfilis i jaglica) powodujących degenerację rasy. IV. Administracja szpitali powszechnych nie może być oddana samorządom I i II stopnia, nie powinna być również przekazaną do pewnego czasu samorządom wojewódzkim ale tylko związkom celowym Samorządów wojewódzkich z następujących powodów: Do celowo pojętej i umiejętnie prowadzonej administracji szpitalnej potrzebny jest cały szereg specjalistów w poszczególnych działach a więc inspektorowie lekarscy do ogólnego nadzoru i nadawania kierunku pod względem sanitarnym, lekarskim i budowlanym, urzędnicy administracyjni z wykształceniem prawniczem do załatwiania spraw natury administracyjnej, instruktorowie szpitali wyszkoleni w dziale gospodarczym, kontrolujący celowość wydatków oraz cały dział rachunkowy wraz z budżetami i zamknięciami rachunkowemi, urzędnicy administracyjni (prawnicy) i rachunkowi do załatwiania zawiłych spraw kosztów leczenia i sprawdzania rachunków ubogich chorych, w końcu specjalnie z budownictwem szpitalnem obznajomiony architekt i inżynier-mechanik do urządzeń mechanicznych i sanitarno-lekarskich. Taki aparat złożony z fachowych urzędników może być utrzymywany tylko dla większej liczby szpitali, a nigdy dla kilku szpitali, posiadamy bowiem dzisiaj Województwa, w których liczba szpitali waha się między 7—10 zakładów. Do czasu więc dopóki wszystkie powiaty i miasta wydzielone nie będą posiadały szpitali, winno Ministerjum tworzyć celowe związki kilku samorządów wojewódzkich do administrowania szpitalami. V. W departamencie służby zdrowia Ministerjum spraw wewnętrznych powinien istnieć urząd, posiadający dostateczną liczbę inspektorów lekarskich i administracyjnych, który powinien mieć nadzór nad administracją związków celowych. Urząd ten powinien nadawać naczelny kierunek Kierownikom poszczególnych związków i uzgadniać interesa Państwa w dziedzinie sanitarnej z interesem poszczególnych Województw i Związków celowych, słowem skupić całą naczelną władzę w dziedzinie szpitalnictwa w swojem ręku.

„Stan obecny i najgłówniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego“ omawia ostatni referent, radca ministerstwa Rudolf S i k o r s k i (Warszawa). Za najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa uważa: 1) Opracowanie sieci szpitalnej dla publicznych szpitali ogólnych ze szczególnem uwzględnieniem zakładów psychjatrycznych i łączących się z niemi urządzeń pomocniczych. 2) Opracowanie zasad budownictwa szpitalnego. 3) Pomnożenie środków finansowych związków komunalnych celem ułatwienia budowy szpitali i pomocniczych urządzeń oraz innych zakładów sanitarnych, tudzież ponoszenia kosztów leczenia ubogich. 4) Subwencjonowanie przez wyższe związki samorządowe niezamożnych gmin dla celów zdrowia publicznego. Subwencje ze skarbu Państwa na budowę zakładów psychjatrycznych. 5) Wybór systemu pokrywania kosztów leczenia ubogich ze względu na sprawność funkcjonowania szpitali. 6) Pomnożenie ilości lekarzy szpitalnych wogóle, szczególnie w zakładach psychjatrycznych. Wyrobienie zastępu zawodowych dyrektorów szpitali publicznych. 7) Obsadzanie posad dyrektorów i ordynatorów szpitali publicznych w drodze konkursu. Zagadnienie konkursów naukowych względnie praktycznych egzaminów. 8) Przygotowanie zastępów zawodowego personalu pielęgniarskiego. 9) Uzasadnienie publiczno-prawnego charakteru stałych prawników szpitali publicznych oraz przyznanie dla nich obrony prawnej narówni z urzędnikami publicznymi. 10) Zabezpieczenie odpowiednich poborów dla personalu szpitali publicznych oraz emerytalnego zabezpieczenia dla nich i dla członków ich rodzin. Uwzględnienie szczególnych właściwości pracy szpitalnej przy określaniu zasad ubezpieczenia emerytalnego i przy udzielaniu urlopów oraz przy wymiarze dodatków funkcyjnych. 11) Sprawa wykonania praktyki lekarskiej przy oparciu o szpital publiczny. 12) Opracowanie głównych zasad zarządu i prowadzenia szpitali publicznych. Księgi szpitalne, rachunkowości i kasowości. Prowadzenie historji choroby dostarczanie indywidualnych kart statystycznych, sporządzanie sprawozdania rocznego z ruchu chorych i zarządu szpitala. 13) Staranie o popieranie szpitalnictwa ze strony społeczeństwa i o pomoc z jego strony dla ubogich chorych.

Po krótkiej pauzie wyłoniła się żywa dyskusja, w której zabierał głos szereg osób.

Dr. Z i e l i ń s k i (Warszawa) podkreśla, że postawienie szpitalnictwa na wysokim poziomie zależeć będzie w największej mierze od środków finansowych, jakimi rozporządzają poszczególne jednostki szpitalne prawne. Przykład Warszawy zdaje się wskazywać, że przy odpowiednich, niestety dość wysokich opłatach za leczenie, samowystarczalność szpitali byłaby bliską urzeczywistnienia. Kasy chorych nie mogą korzystać z 50% zniżki, a druga połowa kosztów leczenia powinna być pokrytą z innych źródeł. Do inwestycyj szpitalnych powinni przyczyniać się wspólnie i samorządy i rząd a w pierwszym rzędzie również Kasy chorych.

Dr. D ą b r o w s k i (Warszawa) zaznacza, że sprawa organizacji szpitalnictwa postawiona jest poraz pierwszy jako temat zjazdowy. Organizacja szpitalnictwa w Polsce nabiera wielkiego znaczenia a potrzeba jej załatwienia staje się kwestją palącą. Wprowadzenie ustawy jednolitej dla wszystkich zaborów nastręcza wiele wątpliwości co do możliwości wykonania jej wbrew tradycjom poszczególnych zaborów. Wybór budowy i powierzanie zarządu szpitala pomiędzy samorządami a organami centralnymi rządowymi powinien w Polsce wypaść na korzyść samorządów, które po powołaniu samorządów wojewódzkich pomyślą już o powołaniu centralnego organu samorządowego dla zarządu szpitalnictwem. Dodatnią stroną nowej ustawy jest powierzenie zarządów szpitala lekarzowi. Poza tem mogłyby być rady szpitalne jako organ obywateli, kontrolujący lub wykonujący administrację, dozór nad dostawami i t. d. Należy utrzymać tytuł lekarza naczelnego a nie dyrektora, gdyż zawiera on myśl, że zarząd szpitala spoczywa w rękach lekarza a nie biurokraty.

Burmistrz W i s z n i e w s k i wyraża obawę, że samorządy miejskie czy powiatowe nie będą mogły podołać nałożonym nań obowiązkom.

Dr. W ę g r z y n o w s k i (Lwów) podnosi potrzebę łóżek szpitalnych dla chorych gruźliczych, wskazuje na konieczność budowy sanatorjów dla gruźliczych, podając kilka przykładów, jak nie powinny być sanatorja budowane.

Dyrektor szpitala w Rzeszowie Dr. H i n z e podkreśla, że utrzymanie szpitala a wybudowanie gmachu to są pojęcia bardzo różne. Wybudować szpital można bardzo łatwo, utrzymać go szereg lat jest bardzo trudno i ta próba ogniowa wypadnie niekorzystnie wszędzie tam, gdzie mały samorząd będzie musiał utrzymać wielki szpital. Przykładem jest gmina Izraelicka w Rzeszowie, która zbudowała wielki szpital i zamieniła go na teatr. Szpital kosztował pół miljona złotych. Zrozumienia tego, że szpitale są instytucjami leczniczemi a nie dobroczynnemi, nie jest jeszcze na prowincji na tyle rozwinięte, by nie zapychano szpitala żebrakami i nieuleczalnymi z danej gminy, zwłaszcza, że jest zu-

pełny brak przytulisk dla starców i kalek. Szpitale powinny odgrywać rolę naukową, kształcąc młodych lekarzy i ucząc ich praktycznego pojmowania sztuki lekarskiej. Szpitale samorządowe małe w zakresie swego działania nie spełnią tego zadania, z wielkim uszczerbkiem dla nauki polskiej. Należałoby złączyć budowę szpitali i sanatorjów kasowych z budową szpitali krajowych powszechnych, przyjmując lekarzy kasowych w służbę szpitalną. Należy wstrzymać ustawę unifikacji szpitalnictwa w Państwie i pozwolić na rozwój dzielnicowy szpitalnictwa, by mogły się uwydatnić różnice i wyższość ustroju, a dopiero potem dążyć do zjednoczenia całości w jeden typ.

Dr. Skalski Stanisław (Łódź) podnosi, że umożliwienie jednostkom administracyjnym (gminom i powiatom) uchwalania i pobierania specjalnego podatku szpitalnego jest konieczne dla ruszenia z martwego punktu. Koszta leczenia chorych zakaźnych powinny obciążać samorządy, a nie jednostki, dla których poniesienia kosztów leczenia kilku członków rodziny stanowi ciężar ponad siły i powoduje ruinę lub jest przyczyną ukrywania chorych zakaźnych.

Dr. Lipski (Lwów) prostuje twierdzenie, jakoby w przemówieniu swojem mówił o centralizacji administracji szpitalnej w ręku organów państwowych. Przeciwnie postawił jako tezę centralizacji administracji szpitalnej w ręku samorządu najwyższego stopnia t. j. związku samorządów wojewódzkich. Budowa sanatorjum gruźliczego w Chodierzy, o którym wspomniał Dr. Węgrzynowski, świadczy najlepiej o tem, że centralizacja administracyjna szpitali w organach fachowych jest konieczną, bo organa fachowe nie dopuściłyby nigdy do budowy sanatrojum wbrew zasadom higjeny i do marnowania grosza publicznego. Ze względu na brak czasu odpowiada tylko na dwie sprawy. I. Dziwnym się wydaje projekt ministerstwa o rozłożeniu opłat kosztów leczenia ubogich na kilka czynników, zależnie od terminu leczenia. Czynnik pedagogiczny, o którym wspomniał Dr. Sikorski, aby ludność przyzwyczajać do płacenia, nie powinien, zdaniem mówcy, mieć zastosowania przy płaceniu kosztów leczenia, to jest wtedy, gdy nieszczęście i choroba nawiedza ubogich. Władze skarbowe winny ten system pedagogiczny stosować raczej przy innej formie danin jak n. p. podatku gruntowym. Zresztą forma rozkładania opłat kosztów leczenia jednego chorego na kilka czynników jest dla każdego obeznanego z administracją nie do pomyślenia. Wymagać będzie bowiem znacznego zwiększenia sił urzędniczych i utrudni tylko szpitalom ściągnięcie należnych kosztów leczenia. II. Motyw oddania szpitali samorządom gminnym i powiatowym dla tego, że dotychczas niema samorządu wojewódzkiego, jest w Małopolsce nie do pomyślenia. Przeszło 60-letnia era konstytucyjna w tej dzielnicy i istnienie samorządu najwyższego stopnia przyzwyczaiły ludność do urządzeń takich, jakich inne dzielnice nie posiadały. Oddanie szpitalnictwa w ręce samorządu I i II stopnia oznaczałoby zatem cofnięcie rozwoju życia samorządowego w tej dzielnicy.

Dr. Józef Bednarz, dyrektor szpitala dla umysłowo chorych w Kulparkowie, porusza tylko jeden fragment szpitalnictwa a mianowicie szpitalnictwo psychjatryczne. Już w r. 1925 kilkanaście tysięcy chorych, wymagających umieszczenia w szpitalach, przebywało poza szpitalem, nie licząc tych, co do których można było poprzestać na opiece domowej. Celem umieszczenia tych chorych w szpitalach należałoby wybudować kilkanaście szpitali, co będzie kosztować trzysta do czterystu miljonów zł. Jest to ciężar olbrzymi, któremu Państwo nie sprosta. Liczba chorych psychicznie będzie ustawicznie wzrastać, albowiem coraz cięższe warunki walki życiowej wymagają coraz większego napięcia nerwowego. Im państwo jest kulturalniejsze, tem większy jest odsetek umysłowych chorych. Sytuacja jest katastrofalna, zrozumienia tego niema w społeczeństwie. Wszyscy uspokajają siebie w kierunku wychowania fizycznego, mniemając, iż in corpore sano mens sana, t. j. że dbanie o corpus sanum wystarczy, by mens też stała się sana. Jest to głęboki błąd, o mens sana trzeba dbać osobno i nie mniej pieczołowicie niż o corpus. Na zjeździe słyszeliśmy o różnych higjenach, ale nie słyszeliśmy ani słowa o higjenie psychicznej, tak ważnej, bo stanowiącej, o doborze w wychowaniu psychicznem, o przyszłości narodu. Zaniedbanie tej akcji grozi degeneracją narodu. Ostatni już czas wziąć się do tej pracy. Zjazd higjenistów jest powołany do tego, by rzucić hasło higjeny psychicznej, i, korzystając ze swoich organizacyj i wpływu, szerzyć hasła higjeny psychicznej i szpitalnictwa psychjatrycznego.

Docent Dr. Morawski, dyrektor zakładów psychjatrycznych w Kobierzynie, zwraca uwagę na pewne szczegóły, które należy uwzględnić w pracach nad rozwojem opieki psychjatrycznej. Dawniejsze wytyczne opieki nad psychicznie chorym obejmowały głównie budowę i urządzanie zamkniętych zakładów psychjatrycznych. Nowsze badania doprowadziły do zmiany owych wytycznych. Zadaniem naszem powinno być zapobieganie powstawaniu chorób psychicznych, urządzenie i rozszerzenie psychjatrycznej opieki przed i pozazakładowej, wreszcie właściwie prowadzona opieka nad psychicznie chorymi w zakładach. Należy chorych indywidualizować. Należy jak najwcześniej postarać się o odpowiednie ilościowo i jakościowo kadry lekarzy psychjatrów i odpowiedniego personalu pielęgniarskiego. Lekarze psychjatrzy, pracujący w zakładach psychjatrycznych powinni być tak opłacani, by mogli cały czas oddać chorym zakładowym, nie potrzebując pełnić żadnych dodatkowych obowiązków płatnych. Obecnie należy się obawiać, że zakłady te, nawet najlepiej zbudowane i urządzone, od samego początku przyjmą charakter przytułku dla nieuleczalnych a nie zakładów leczniczych, jakimi być powinny.

Dr. Natanson (Warszawa) podkreśla, że opieka nad rodzącemi jest jednym z najważniejszych obowiązków społeczeństwa, samorządów i Państwa. Zakłady położnicze powiatowe i wojewódzkie powinny należeć do najpierwszych instytucyj, zarówno pod względem inwestycji i jak i prowadzenia.

Pozatem przemawiali w dyskusji Dr. Seidl i Dr. Ostromęcki.

Po wyczerpaniu dyskusji powołano Komisję wnioskową, do której weszli pp.: Dr. Brunner, prof. Gantkowski, prof. Halban, prof. Gluziński, prof. Latkowski, insp. Dr. Lipski i radca Dr. Sikorski.

O godz. 3.30 nastąpiło uchwalenie rezolucyj zjazdowych. Rezolucje I dnia obrad „uzdrowotnienie małych miast i wsi" brzmią następująco:

1) Niezwykle ważne staje się ułożenie systematycznych planów uzdrowotnienia miast i wsi, jak również wzmocnienie kompetencji fachowych związków samorządowych przy współpracy z instytucjami społecznemi jak n. p. Towarzystwem Higjenicznem

2) Skuteczność akcji zależna jest od należytego uświadomienia ludności i odpowiedniego wykształcenia w szkole. Równocześnie poleca się jak najszerszą propagandę przez odpowiednie czynniki.

3) Dla umożliwienia wykonania niezbędnych urządzeń sanitarnych a głównie wodociągowych i kanalizacyjnych w mniejszych osiedlach, nie posiadających odpowiednich funduszów, staje się konieczne stworzenie specjalnego długoterminowego kredytu o najniższem oprocentowaniu, jak również pomoc rządowa w najszerszem zakresie.

4) W miastach i większych miasteczkach wskazane jest urządzenie centralnego wodociągu, który powinien się znajdować pod stałą fachową kontrolą dla mniejszych miasteczek i wsi. Pożądane jest łączenie się sąsiednich osiedli w celowe związki, celem założenia wspólnego wodociągu.

5) We wsiach, nie mających możności urządzenia centralnego wodociągu, wskazane jest urządzenie gminnych studni, mniej więcej jednej na każde dwadzieścia lub dwadzieścia pięć domów, które podobnie jak i studnie prywatne powinny podlegać perjodycznej kontroli sanitarnej.

Ze względów zdrowotnych sprawę unormowania i ustawowego ujęcia wzorcowych przepisów, obowiązujących co do mechanicznego i bakterjologicznego badania wody jak również przepisów, dotyczących technicznych wymogów budowy wodociągów i studzien jako niezwykle ważne, porucza się odpowiednim władzom do możliwie szybkiego rozwiązania.

6) Pożądane jest opracowanie odpowiednich typów studzien kopanych i wierconych.

7) Woda z otwartych zbiorników rzek, jezior i t. p. nadaje się do użytku głównie w większych instalacjach centralnych wodociągów, mających możność urządzenia racjonalnego oczyszczania i nawet odkażania podejrzanej wody, a także stałą fachową kontrolę.

8) Przy wyborze systemu asenizacji w mniejszych osiedlach należy wymagać tylko wykonania głównych zasad higjeny, t. j. utrzymania czystości gleby, wody i powietrza, — a więc nie wymagać stosowania najbardziej doskonałych ale zato i najdroższych systemów usuwania nieczystości jak n. p. za pomocą spławnej kanalizacji. Na wsi mianowicie wskazane jest stosowanie tak zwanej suchej asenizacji. t. j. ruchomych zbiorników z zasypywaniem proszkiem (torfu, ogrodowej ziemi lub popiołu). Zbiorniki stałe mogą być dopuszczalne wyjątkowo przy absolutnej szczelności i mogą służyć jednocześnie dla zbierania suchych organicznych odpadków i przygotowania z nich kompostów.

9) Urządzenia te muszą być za pomocą stosownej konstrukcji i osiatkowania otworów (okien, urządzeń wentylacyjnych i t. p.) chronione od dostępu owadów, głównie much, które są niebezpiecznymi roznosicielami zarazków.

10) W miejscowościach, posiadających centralny wodociąg i ustępy wodne, niezbędnym jest urządzenie sieci kanałów dla odprowadzenia wody użytkowej.

11) Wody kanalizacyjne muszą podlegać oczyszczaniu przed wpuszczeniem ich do otwartego naturalnego zbiornika wody. Sto-

pień wymaganego oczyszczenia zależy od miejscowych warunków, ale w każdym razie powinien odpowiadać wymaganiom higjeny pod względem ochrony od zanieczyszczania gleby, wody i powietrza.

12) Na wykorzystaniu wartości rolniczych i pokarmowych polega racjonalne rozwiązanie zagadnienia usuwania odpadków w małych miasteczkach i wsi polskiej.

13) Małe miasta i osiedla w dobrze zrozumiałym interesie ochrony zdrowia ludności winny dążyć do możliwie rychłego urządzenia na wszystkich swych ulicach nawierzchni trwałej oraz higjenicznej.

14) Wobec wielkiego znaczenia, jakie mają plantacje miejskie dla zdrowotności miast i osiedli, obowiązkiem gmin jest poświęcenie temu zagadnieniu należytej uwagi, łącznie z ustalaniem zamierzeń regulacyjnych.

15) Dla ułatwienia orjentacji jest konieczne skompletowanie i ogłoszenie drukiem wydanych dotychczas przepisów sanitarnych.

Rezolucje VI Zjazdu Higj. w sprawie szpitalnictwa:

1) VI Zjazd Higj. stwierdza, że Rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 23. III. 1928 o zakładach leczniczych nie rozwiązuje sprawy w sposób odpowiadający potrzebom szpitalnictwa i zasobom finansowym samorządów.

2) VI Zjazd H. P. uważa za wskazane, 1) aby ustawa o zakładach leczniczych opierała się na następujących zasadach:

a) koszta leczenia ubogich chorych powinny pokrywać samorządy najwyższego stopnia,

b) zakładanie szpitali, odbudowa, rozbudowa i ich urządzenia wewnętrzne winny należeć do zakresu działania większych gmin miejskich i powiatów,

c) administracja szpitalami powszechnymi ogólnymi winna być sprawowana przez specjalne fachowe urzędy, stworzone przez poszczególne lub połączone samorządy wojewódzkie.

3) VI Zjazd H. P. uważa, że nie powinno być zadaniem Kas chorych budowanie szpitali ogólnych własnych, lecz przeciwnie Kasy chorych powinny się przyczynić odpowiednio do kosztów budowy zakładów szpitalnych a za chorych swoich powinny Kasy chorych opłacać pełne koszta leczenia.

4) VI Zjazd H. P. wzywa rząd i samorządy do tworzenia oddziałów przy istniejących szpitalach względnie budowanie oddzielnych zakładów dla chorych gruźliczych.

5) VI Zjazd P. H. zwraca się do Rządu z wezwaniem jak najszybszego wybudowania brakujących klinik psychjatrycznych, a rozbudowy istniejących, zarówno jak i tworzenia nowych zakładów dla umysłowo chorych w porozumieniu z samorządami wojewódzkimi.

6) VI Zjazd H. P. uchwala, aby rząd i samorządy wspólnemi siłami przystąpiły do budowy zakładów, służących do zwalczania chorób o charakterze społecznym, wpływających na zwyrodnienie rasy.

7) VI Zjazd H. P. wzywa samorządy gminne i powiatowe do tworzenia domów porodowych.

Po krótkiem przemówieniu prezesa Komitetu organizacyjnego Prof. Dr. Nowickiego nastąpiło zamknięcie Zjazdu, poczem odbyło się zwiedzanie galaryj i muzeów miasta oraz zwiedzanie pawilonów chorób zakaźnych. O godzinie 9 wieczorem zebrali się uczestnicy na raucie, wydanym przez Prezydjum miasta w sali Kasyna Miejskiego. Następnego dnia, 9 lipca o godz. 8-mej rano, udali się uczestnicy autami do Woli Dobrostańskiej, celem zwiedzenia wodociągów miejskich. Dyrektor wodociągów, inż. Stanisław Aleksandrowicz miał wykład p. t.: „Zaopatrzenie w wodę miasta Lwowa", poczem podejmował uczestników zjazdu bardzo gościnnie śniadaniem. We wtorek 10 lipca wyjechali uczestnicy Zjazdu do Truskawca, celem zwiedzenia urządzeń zdrojowiskowych. Po jednodniowym pobycie w Truskawcu, uczestnicy w liczbie 50-ciu osób, podejmowani niezwykle serdecznie przez marszałka Jarosza, udali się autami do Borysławia, gdzie zwiedzano kopalnie nafty.

Ogólne wrażenie ze Zjazdu jest nadzwyczaj korzystne. Wzorowa organizacja, pod kierownictwem niezmordowanego prezesa Prof. Dr. W. Nowickiego, pomyślała o wszystkiem w najdrobniejszych szczegółach. Interesujące fachowe referaty i niezwykle ożywiona dyskusja, utrzymane na wysokim poziomie, stanowią niewątpliwie poważny dorobek w zakresie uzdrowotnienia miast i wsi oraz organizacji szpitalnictwa w Polsce. Dzięki niezmiernie życzliwemu stanowisku Zarządu miasta Lwowa strona towarzyska Zjazdu wypadła również bardzo dodatnio, tak, że VI Zjazd Higjenistów Polskich we Lwowie, uważać należy pod każdym względem za niezwykle udały.

W. Lipiński (Lwów).

LISTY DO REDAKCJI.

Dr. A. SIANOWSKI. Królewska Huta.

O rewizję dyplomów lekarskich.

W jednem z pism rosyjskich wychodzących w kraju była zamieszczona korespondencja z Wilna p. t.: „Tajemnica „doktora" Aronwalda, mająca między innemi może i na celu pewne ośmieszenie naszych Władz.

Cała zaś tajemnica tego pana polegała na tem, że w przeciągu 10-ciu lat mógł on na terenie Rzeczypospolitej uchodzić oficjalnie za lekarza, posługując się odpisem notarjalnym ze sfałszowanego przez siebie dyplomu lekarskiego, mógł być przez kilka lat lekarzem-kapitanem w wojsku naszem, cieszyć się doskonałą opinją we Wilnie (jak twierdzi ów korespondent), gdzie osiadł, po wystąpieniu z wojska, mieć tam ogromny krąg znajomości, dzięki czemu został nawet lekarzem teatralnym i zdobył wcale niezłą praktykę lekarską, aż tu naraz „kochany przez wszystkich pan doktór" znalazł się ....pod kluczem. Na sprawie sądowej wyjaśniło się, że jegomość ten nie tylko nigdy nie miał nic wspólnego z medycyną lub uniwersytetem, lecz nawet nie posiadał elementarnego wykształcenia. Ot, przez zwyczajny wypadek, jako sanitarjusz przy wojsku rosyjskiem dostał się on do niewoli niemieckiej, tam zameldował się, jako lekarz i „na słowo" jako taki był wysłany podczas okupacji niemieckiej na teren b. Kongresówki do walki z epidemjami. W ten sposób, udało mu się przez lat prawie 12-cie udawać lekarza, aż nareszcie dosięgła go ręka sprawiedliwości, i to tylko dzięki temu, iż jeden z lekarzy, który o tym fakcie dowiedział się przypadkowo, zawiadomił Władze nadzorcze. Epilog: cztery lata więzienia.

Wypadek taki oddzielny byłby bez znaczenia, bo jest rzeczą wiadomą, że po wojnie europejskiej namnożyła się cała plejada różnego rodzaju oszustów we wszystkich zawodach, i tylko od czasu do czasu dowiadujemy się z gazet o przyaresztowaniu lub ucieczce któregoś z pośród nich.

Lecz jest co innego, co zmusza mnie do zabrania głosu w tej sprawie, a mianowicie, nie umiem sobie wytłómaczyć, jak jest możliwe uprawianie podobnego oszustwa w przeciągu lat kilkunastu, i aby nikt nie znalazł się, ktoby uważał za potrzebne położyć kres temu stanowi, choć z pewnością byli tacy, co o oszustwie wiedzieli.

Nie można rozumie się winić za ten stan rzeczy Władz naszych, jak tego chce ów korespondent, bo o wszystkiem wiedzieć nie mogą i wszystkiego nie są w stanie skontrolować, to też obowiązkiem każdego z nas, jako dobrych obywateli Państwa jest dopomaganie Władzom naszym w ich walce z przestępstwami. Uważam także, że zawiadomienie Władz o podobnym fakcie nie można podciągnąć pod kategorję t. zw. denuncjacji, jak to może ten lub ów wytłómaczył by sobie, lecz jest odwrotnie prawdziwem zrozumieniem obowiązków, ciążących na nas, jak ze względów ogólnopaństwowych, tak i ze względu na dobre imię stanu naszego lekarskiego.

Stojąc na tem obywatelskiem stanowisku w krótkim czasie zdemaskowałem 6-ciu takich oszustów lekarskich, a stąd muszę przypuszczać, że liczba ich cyfrą tą się nie wyczerpała.

Czy potrzebuję przypominać, że do naszego Wojska podczas wojny z Sowietami przedostali się różni podejrzani osobnicy, którzy, legitymując się jakiemiś egzotycznemi dyplomami lub nawet bez dyplomów, byli przyjmowani na wiarę do wojska naszego i przez długie lata, jako kapitanowie, a nawet majorowie-lekarze z powodzeniem oszukiwali i wyzyskiwali nasze Władze wojskowe A któż gwarantuje, że po dzień dzisiejszy niema takich, co to po wyjściu z wojska à la „major" Mrosowski lub „kapitan" Aronwald grasują jeszcze gdzieś tam po zapadłych dziurach u nas?

Ten przypadek z owym oszustem jasno wykazał, że dotychczasowy system kontroli, polegający na rejestracji dyplomów u lekarza powiatowego jest niedostateczny, i gotówem założyć się że nie jeden kto chciałby takiego pseudolekarza naśladować, mógłby tego czynu i dzisiaj bez trudu dokonać. Trudno bowiem wymagać od lekarza powiatowego czy też nawet od wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, aby każdego rejestrującego się lekarza podejrzewali o malwersację. Zresztą żadnemu uczciwemu lekarzowi nie przyjdzie nawet do głowy, aby ktoś, co nie posiada kwalifikacyj lekarskich, chciał robić ze siebie lekarza. A jednakowoż był cały szereg takich wypadków, i wcale niewiadomo, czy zostali już ostatecznie wytępieni ci wszyscy oszuści.

W ostatnich 4—5 latach sprawa kontroli dyplomów lekarskich, wydawanych już przez nasze władze uniwersyteckie, jest w znacznym stopniu uregulowana i, jestem przekonany, że żaden oszust obecnie nie może się prześlizgnąć do naszych szeregów. Ale nie zaryzykowałbym tego samego wypowiedzenia się w stosunku do

wszystkich dyplomów lekarskich, które zostały u nas nostryfikowane, czy zalegalizowane, jako pochodzące z lat między 1913 a 1922 rokiem.

Są pewne „tajemnice“ z tego okresu czasu, które koniecznie domagają się przeprowadzenia ścisłej rewizji wszystkich dyplomów lekarskich za wyżej wymieniony okres czasu. Według mego zdania, rewizja taka jest konieczna choćby ze względu i na powagę Rzeczypospolitej i na dobre imię stanu lekarskiego naszego. I odbyć się ona powinna nie w sposób dotychczasowy przez Władze I lub II instancji, czy też przez Izby Lekarskie, aby tylko zadowolnić się zwykłą formalistyką, a należy wprost zasięgnąć wiadomości o każdym, u źródła, to jest, zwrócić się do wydziałów lekarskich przy naszych wszechnicach z zapytaniem, czy takie a takie dyplomy zostały legalnie wydane. O ile chodzi o dyplomy zagraniczne, które zostały przez nasze Uniwersytety nostryfikowane, konieczne jest także zbadanie na drodze dyplomatycznej ich autentyczności. Przy dzisiejszych unormowanych stosunkach nie jest to sprawa zawiła bo nawet Sowiety w przeciągu paru tygodni nadsyłają wyczerpującą odpowiedź. Przy sposobności wartoby się dowiedzieć, czy w niektórych naszych wszechnicach nie zdarzyły się czasem wypadki wydawania dyplomów lekarskich pewnym osobom, które nie uczyniły zadość przy nostryfikacji wszystkim obowiązującym w tym kierunku przepisom. Ja osobiście nie wierzę podobnym wersjom, ale ponieważ dają się słyszeć od czasu do czasu głosy niektórych zainteresowanych lekarzy iż w latach 1920—1922 nie wszystko wszędzie było u nas w porządku, mogły się zdarzyć jednakowoż pewne nadużycia, i to zupełnie bez wiedzy naszych Władz uniwersyteckich, dlatego też należałoby sine ira et studio i tę rzecz zbadać.

Sprawa, którą poruszyłem, jest zbyt palącą, aby przejść nad nią do porządku dziennego. Nareszcie tutaj także zaprowadzić należy potrzebny nam ład i porządek. Jestem też przekonany, że żaden z nas lekarzy nie będzie się czuł dotknięty na swoim honorze, jeśli Władze nadzorcze przystąpią do zbadania autentyczności naszych dyplomów w sposób przeze mnie zaprojektowany. Żyliśmy w warunkach nienormalnych dzięki wojnie i stosunkom powojennym, to też nie zadziwi nas i ta akcja „anormalna“ mająca na celu uzdrowienie stosunków naszych i wyplenienie chwastów z grona ciała lekarskiego.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dnia 28 kwietnia r. b. odbyło się uroczyste otwarcie i poświęcenie Polikliniki Chorób Dziecięcych U. W., powstałej dzięki zabiegom i wielkiej pracy jej twórcy. Pierwszy przemawiał kierownik kliniki, prof. M. Michałowicz, kreśląc historję powstania polikliniki i podkreślając życzliwą i ofiarną pomoc tych wszystkich, którzy się do urzeczywistnienia jego zamierzeń przyczynili. Następnie przemawiał sekretarz stały Pol. Tow. Pedjatrycznego, Docent Szenajch, zaznaczając wielką potrzebę tej nowej placówki społeczno-naukowej ze względu na brak dotkliwy ambulatorjów i szpitali dziecięcych oraz wady i błędy w już istniejących. Aktu poświęcenia dokonał Ks. Dziekan Michalski, poczem zabrał głos Magnificencja Ks. Rektor Szlagowski, życząc w podniosłych słowach powodzenia w dalszej pracy, około rozszerzenia Kliniki Dziecięcej.

Dnia 6 maja r. b. odbyło się na Zamku Ujazdowskim uroczyste pożegnanie pierwszego Dyrektora Nauk Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, pułk. Dr. Ludwika Zembrzuskiego. Po przemówieniach, nacechowanych wielką serdecznością i pełnych uznania dla twórczej pracy pierwszego Kierownika Szkoły odbyło się odsłonięcie jego portretu w Sali Honorowej i wręczenie pamiątkowego pierścienia. Uroczystość zakończył odczyt pułk. Zembrzuskiego pod tytułem „Wł. Matlakowski jako student Medycyny“. Kol. Zambrzuski został mianowany Kierownikiem sanitarnym Polskiego Czerwonego Krzyża.

Dnia 18 maja r. b. odbyło się poświęcenie i otwarcie pięknie wyposażonej pracowni światło-leczniczej przy szpitalu św. Łazarza w Warszawie.

Lwów.

Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej (ul. Zyblikiewicza 23) posiada 10 legitymacyj, uprawniających do bezpłatnego wstępu codziennego na plażę morską w miejscowości klimatycznej i kąpielowej w Grado ważnych do 30 września 1928. Koledzy, chcący uzyskać legitymację zgłoszą się do Zarządu Izby, dołączając znaczki pocztowe w sumie 1 zł na koszt przesyłki.

Z kraju.

Wycieczka do Morszyna. W niedzielę 8 lipca odbyło się we Lwowie Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji, nazajutrz zaś urządzono wycieczkę do Morszyna, będącego, jak wiadomo, własnością tego Towarzystwa i główną podstawą finansową jego działalności humanitarnej, t. j. funduszu wdów i sierót po lekarzach. Prócz delegatów Towarzystwa, przybyłych z rozmaitych Sekcyj krajowych, wzięli udział w wycieczce członkowie Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego z prezesem, dr. Witołdem Ziembickim, jakoteż część gości, bawiących we Lwowie z powodu jubileuszu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego i z powodu VI Zjazdu Higjenistów Polskich. Pouczających objaśnień udzielał gościom prezes Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji, prof. dr. Roman Rencki, wspólnie z przedstawicielami Spółki Akcyjnej „Zdroje Polskie“ zajmującej się eksploatacją soli morszyńskiej i dzierżawiącej od Tow. Lekarzy Polskich b. Galicji Zakład zdrojowo-kąpielowy: pp. dr. Ludwikiem Dydyńskim i inż. Włodzimierzem Kryńskim z Warszawy. Podczas obiadu, którym podejmowała przybyłych Spółka „Zdroje Polskie“, wygłoszono wśród serdecznego nastroju szereg okolicznościowych przemówień, podnosząc wielką przyszłość Morszyna, mającego wszelkie warunki stać się drugim Marjenbadem. Przy sposobności przypominamy, że na terenie morszyńskim, prócz źródeł słono-gorżkich, znajduje się źródło doskonałej wody słodkiej, która po impregnowaniu bezwodnikiem kwasu węglowego daje niezrównaną wodę stołową, zwaną „Morszynką“, a przewyższającą w smaku najlepsze tego rodzaju wody zagraniczne. Cieszyła się ona szczególniejszem powodzeniem u wycieczkowców, zwłaszcza, że dzień był upalny. Dziwić się tylko trzeba, że znakomita ta woda nie zdołała dotychczas wyrugować importu, tak bezmyślnie podawanego, a niestety i żądanego w naszych lokalach reustauracyjnych.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji krajowej ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy na następujących warunkach:

1) Prace mają być nadesłane najdalej do dnia 1 maja 1929 r. pod adresem Zarządu Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

2) Prace mają być opatrzone godłem, w niej zaś ma być dołączona zaklejona koperta, oznaczona zewnątrz tem samem godłem, wewnątrz zaś zawierająca imię i nazwisko oraz adres autora.

3) Prace mają być pisane na maszynie w 6 egzemplarzach.

4) Stowarzyszenie wyznacza dwie nagrody za najlepsze prace a mianowicie w kwocie 1.500 i 1.000 zł. — Stowarzyszenie zastrzega sobie inny rozdział nagród, albo nawet nieudzielenie żadnej nagrody, gdyby żadna praca nie odpowiadała warunkom podanym lub nie stała na dość wysokim poziomie naukowym.

5) Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetów polskich i wyda swą opinje do dnia 2 września 1929 r. w którym to dniu nastąpi otwarcie kopert nagrodzonych prac i przyznanie nagród.

6) Na konkurs nadsyłane mają być tylko takie prace, które dotychczas nigdzie drukiem ogłaszane nie były.

Dr. Józef Mayer, wiceprezes. *Dr. L. Korybut-Daszkiewicz,* sekretarz.

Zarząd Izby Lekarskiej Lubelskiej podaje do wiadomości o przypadających w roku bieżącym wyborach do Rady Izby na dalsze trzechlecie. *Pierwszy zasadniczo obowiązujący termin wyborów został wyznaczony na 10 listopadą b. r.* W razie nieprzewidzianych przeszkód drugi termin dnia 15 grudnia b. r.

Redakcja otrzymała:

A. Philibert: „Manuel de bactériologie médicale. Masson et Cie Paris 1928.

Société des nations: „Organisation d'hygiène“. „Rapport de la commission permanente de standarisation des sérums. Réaction sérologiques et produits biologiques.

St. Kopczyński: „Organizacja i stan pomocy dentystycznej w szkołach Rzeczypospolitej Polskiej“. Odb. z „Wychow. fizycz.“.

Les ordonnances du médecin praticien. Répertoires de thérapeutique clinique. Nakł. Masson et Cie Paris 1928.

Księga pamiątkowa „Pierwszego Ogólnego Zjazdu lekarzy słowiańskich w Warszawie (26. V. do 29. V. 1927 r.). Warszawa 1928.

Kazimierz Karelus: „O rzadkich postaciach zaćmy nabytej w przypadkach wrodzonego zwyrodnienia wodnistego ciałka szklistego (cataracta hydrophtalmica) i o jej operacyjnem leczeniu przez wykonanie dekapsulacji soczewki. Odb. z „Kliniki ocznej“, zesz. I., z r. 1928.